

Methodiek

Behandeling van Verstoorde Gehechtheid

ontwikkeld in samenwerking tussen Xonar Zuid Limburg en
de Vrije Universiteit Amsterdam



Methodiek

Behandeling van Verstoorde Gehechtheid



ontwikkeld in samenwerking tussen Xonar Zuid Limburg
en de Vrije Universiteit Amsterdam

Amsterdam, november 2004

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Achtergrondtheorieën.....	7
2.1 Gehechtheidstheorie.....	7
2.2 Pedagogisch besef	9
2.3 Ouderbegeleiding	10
2.4 Visie op hulpverlening.....	11
2.5 Samenhang.....	12
2.5.1 Ouderschap	12
2.5.2 Ouder en hulpverlener.....	13
3. Doelgroep	14
3.1 Problematisch gedrag van de ouder.....	15
3.1.1 Inhibitie en ontremming	16
3.1.2 Gebrek aan leiding en bescherming	16
3.1.3 Rolomkering.....	17
3.1.4 De context.....	17
3.2 Problematisch gedrag van het kind	17
3.2.1 Inhibitie	17
3.2.2 Gebrek aan differentiatie	18
3.2.3 Rolomkering.....	19
4. Diagnostiek bij gehechtheidsproblematiek	21
5. Ontwikkelingsdoelen	23
6. De methodiek ‘ behandeling van verstoorde gehechtheid’	25
6.1 Training en formulering gezamenlijke missie en visie	25
6.2 Fase 1.....	26
6.3 Fase 2.....	27
6.4 Fase 3.....	28
6.4.1 Vertrouwd raken en veiligheid bieden	29
6.4.1.1 Ouderbegeleiding en de metapositie	29
6.4.1.2 Middelen binnen om aan het (her)innemen van de metapositie te werken	31
6.4.2 Veiligheid (doen) ervaren.....	33
6.4.2.1 Ouderbegeleiding en de werkvloer	33
6.4.2.2 Middelen om aan ‘ de werkvloer’ te werken.....	33
6.4.3 De module leefgroep	34
6.4.4 Werkbegeleiding.....	35
6.4.4.1 Werkbegeleiding met betrekking tot het werken met de ouder:	35
6.4.4.2 Werkbegeleiding met betrekking tot het werken met de kinderen op de groep:	36
6.5 Fase 4.....	37

6.6 Fase 5.....	37
7. Voorwaarden voor een succesvolle implementatie van de methodiek.....	39
7.1 Voorwaarden op organisatorisch niveau.....	39
7.2 Voorwaarden op inhoudelijk niveau.....	41
Geraadpleegde bronnen.....	43
Bijlage 1: Het Ouderschapsgesprek.....	46
Bijlage 2: Vignettes over opvoedingssituaties.....	53

1. Inleiding

Tot voor kort was er binnen de Nederlandse jeugdhulpverlening weinig aandacht voor het ontwikkelen van hulpvormen die evidence-based zijn, dat wil zeggen hulpvormen die gebaseerd zijn op empirisch getoetste methoden. Als gevolg hiervan is het voor hulpverleningsinstellingen dan ook moeilijk om het effect van bepaalde methoden die binnen de behandeling gebruikt worden en de keuze voor juist deze methoden goed te kunnen beargumenteren en verantwoorden. Xonar Zuid-Limburg had dan ook de wens een bijdrage te leveren aan deze leemte.

De laatste jaren is er landelijk steeds meer aandacht gekomen voor preventie en behandeling van gehechtheidsproblematiek in de relatie tussen ouders en het jonge kind. Maar ook hier geldt dat er tot nu toe weinig middelen binnen de hulpverlening beschikbaar zijn waarvan is vastgesteld dat deze werkelijk een verbetering in de ouder-kindrelatie kunnen bewerkstelligen. Xonar Zuid-Limburg heeft daarom het initiatief genomen om samen met de Vrije Universiteit Amsterdam een evidence-based methodiek te ontwikkelen voor deze doelgroep.

Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de methodiek was de visie op hulpverleners die Xonar Zuid-Limburg geformuleerd heeft, waarin de kernelementen ‘ sociale verbondenheid’ , ‘ de cliënt centraal binnen dialooggestuurde zorg’ , ‘ gelijke bejegening van cliënten, medewerkers en externen op basis van een attitude van empowerment ’ en ‘ integrale vernieuwing’ centraal staan. Een instellingsvisie op zich geeft echter nog geen antwoord op de vraag hoe de hulpverlening optimaal kan worden ontworpen. Er is daarom gezocht naar wetenschappelijke kaders die goed aansluiten bij de instellingsvisie, de problematiek van de doelgroep en de hulpvragen die hieruit voortvloeien. Op basis van dit theoretische kader is middels nauwe samenwerking tussen praktijk en wetenschap een methodische werkvorm ontwikkeld die bestaat uit vijf verschillende fasen, waarin zoveel mogelijk gebruik gemaakt is van empirisch getoetste interventiemethoden. Hieraan hebben drie Xonar-instellingen meegewerkt, te weten de MKD’ s Parkstad, Limbricht en Kleuterdal. Bij de start van het project werd beoogd dat na het ontwikkelen van de methodiek in nauwe samenwerking met de betrokken hulpverleners (groepsleiding, behandelcoördinatoren en Videohometrainers), deze geïmplementeerd zou worden op vier verschillende groepen verdeeld over de drie locaties. Op elke groep zouden acht gezinnen geplaatst worden, die ieder een vaste hulpverlener (mentor) toegewezen zouden krijgen. Deze mentor zou zowel groepsleider van het kind zijn als ouderbegeleider voor de ouder. In totaal zou met tweeëndertig gezinnen volgens de nieuwe methodiek gewerkt gaan worden. Het beoogde aantal groepen en het aantal gezinnen is door verschillende onvoorziene omstandigheden in werkelijkheid lager uitgevallen. Uiteindelijk is op twee groepen de methodiek ingevoerd en wel op de MKD’ s Parkstad en Limbricht, waarbij in totaal bij zeven gezinnen de methodiek toegepast is.

De beschrijving van de methodiek bestaat uit twee verschillende delen. In dit deel, “ Methodiek behandeling van verstoorde gehechtheid” , wordt de theoretische en wetenschappelijk onderbouwing van de methodiek beschreven. Voorts is de hieruit voortvloeiende praktijktheorie per fase uiteengezet en verantwoord evenals de doelen en benodigde competenties van de hulpverleners. Verder is in dit rapport een hoofdstuk opgenomen waarin de voorwaarden beschreven staan voor een succesvolle

implementatie van de methodiek. Dit deel van de methodiekbeschrijving is vooral bedoeld voor managers, zorgcoördinatoren, plaatsers binnen de jeugdhulpverlening, wetenschappers en iedereen die geïnteresseerd is in de achtergronden van de methodiek.

Parallel aan dit boek is een 'Handleiding voor de ouderbegeleider' geschreven, waarin de theoretische uitgangspunten vertaald zijn in een methodische werkvorm voor de praktijk. Tevens is er een hoofdstuk toegevoegd omtrent de valkuilen en knelpunten die gepaard kunnen gaan met het werken volgens de methodiek. Dit boek is vooral bedoeld voor de uitvoerende hulpverleners als groepsleiders/ouderbegeleiders, behandelcoördinatoren en professionals die betrokken zijn bij de werkbegeleiding van de ouderbegeleiders.

Naast deze twee delen is er ook een rapport geschreven, waarin de context, opzet en resultaten van het wetenschappelijk onderzoek, dat parallel aan de ontwikkeling van de methodiek heeft gelopen, beschreven staan. Dit rapport is in eerste instantie bedoeld voor intern gebruik.

2. Achtergrondtheorieën

Aan de ontwikkeling van de module liggen drie theoretische kaders ten grondslag, alsmede een visie op hulpverlening als een dialoog-gestuurd proces. Deze theoretische kaders zijn de gehechtheidstheorie, de theorie inzake pedagogisch besef en de praktijktheorie inzake ouderbegeleiding van Alice van der Pas. Hieronder volgt een korte weergave van deze theorieën en visie.

2.1 Gehechtheidstheorie

De gehechtheidstheorie is een wetenschappelijke theorie die zich specifiek richt op de wisselwerking tussen de ontwikkeling van het individu en de (opvoedings-)relatie waarin hij of zij participeert. De gehechtheidstheorie is uitgewerkt door de Britse psycholoog John Bowlby (1984). Hij ging uit van het idee dat kinderen een gehechtheidsgedragssysteem hebben dat een gehechtheidsfiguur als veilige haven ("safe haven") veronderstelt. Later voegde Ainsworth het idee toe dat het gehechtheidsgedragssysteem en het exploratiesysteem elkaar in balans houden. Ouders fungeren als veilige basis door het kind zich veilig te laten voelen, zodat gehechtheidsgedrag plaats kan maken voor exploratiegedrag, en ouders fungeren als veilige haven, als het kind angstig wordt en exploratiegedrag plaatsmaakt voor gehechtheidsgedrag (Ainsworth, 1973).

In de meeste gehechtheidsrelaties vormen de veilige basisfunctie en de veilige havenfunctie van de gehechtheidsrelatie een flexibele en dynamische balans. In een minderheid van de gevallen is die balans echter verstoord. Ainsworth en haar collega's (1978) ontdekten kwalitatief verschillende patronen van gehechtheid: veilig, vermijdend en afwerend. Later ontwikkelden Main en Solomon (1986) een additionele gedesorganiseerde categorie. Cooper en zijn collega's hebben deze patronen schematisch weergegeven in zogehete cirkels van veiligheid, om in groepsessies met ouders het belang van het bieden van een veilige basis en een veilige haven uit te kunnen leggen (Marvin et al., 2002).

Het vertrekpunt van de cirkel is dat de gehechtheidsfiguur voor het kind een veilige basis verschaft. Kinderen rekenen erop dat de gehechtheidsfiguur actief het exploreren ondersteunt. Voor het kind is het belangrijk dat de ouder opmerkzaam, behulpzaam, en responsief is tijdens het exploreren. Kinderen kunnen zo leren wat er in de wereld is, wat zij in de wereld kunnen doen. Ze kunnen experimenteren met nieuw gedrag. Onontkoombaar leidt exploratie tot risico's en uitputting, waardoor de verkenningsmissie van het kind kan uitdraaien op angst, verdriet, of frustratie. Bowlby stelde dat mensen worden geboren met de neiging om in dergelijke situaties op zoek te gaan naar een vertrouwde beschermer, iemand die kan troosten en geruststellen, die het weer goed maakt: de gehechtheidsfiguur als veilige haven. Kinderen zijn erop ingesteld dat de gehechtheidsfiguur hen welkom heet en beschermt, troost. Daarbij merkt het kind graag dat de ouder ook plezier beleeft aan dat contact, en in staat is om de gevoelens van het kind in goede banen te leiden.

Een cirkel van veiligheid houdt zichzelf in stand: hoe plezieriger het veilige haven contact is, hoe gemotiveerder het kind is om weer op pad te gaan. Want om de veilige haven te kunnen ervaren, moet er eerst sprake zijn van exploratie. Het een kan niet zonder het ander.

Niet alle gehechtheidsrelaties zijn conform het ideaalbeeld van veilige gehechtheid. Er bestaan ook cirkels van beperkte veiligheid.

Bij de vermijdende cirkel van veiligheid leggen gehechtheidsfiguur en kind een eenzijdige nadruk op exploratie, autonomie, zelfstandigheid. De relatie kent weinig problemen zolang het kind aan de veilige basis kant van de cirkel verkeert, al ervaart dit kind wellicht minder aanmoediging, betrokkenheid en aandacht bij zijn activiteiten. Problemen doen zich echter vooral voor als de veilige haven functie wordt aangesproken. In een relatie die gekenmerkt wordt door een vermijdende cirkel van beperkte veiligheid ondervinden ouder en kind als het kind zich voor troost of steun tot de ouder wendt dat zich pijnlijke gevoelens voordoen. Bij de ouder kunnen dat gevoelens van afkeer, onzekerheid of afwijzing zijn. Mogelijk beschikt de ouder niet over een cognitief schema voor een troostende of beschermende reactie. Bij de kinderen kunnen op dat moment heftige gevoelens van frustratie vermengd met angst optreden. Ouder en kind kunnen om de situatie te neutraliseren hun perceptie van de relatie, zichzelf en elkaar bijstellen. Bij het kind ontwikkelt zich een intern werkmodel van de relatie dat het kind helpt een deactiverende strategie te kiezen voor zijn gehechtheidsgedrag. Bij jonge kinderen wordt die strategie zichtbaar in het zoveel mogelijk vermijden van de ouder in situaties waarin het kind bezorgd of angstig is geweest. Bij iets oudere kinderen is de strategie zichtbaar in neutrale reacties op verbrekings en herenigingen van contact en het vermijden van affectieve uitingen.

We kennen ook een ander type onveilige gehechtheid, waarbij de veiligheid beperkt is tot het bieden van een veilige haven. Voor deze relatie is typerend dat er een neiging is tot nabijheid zoeken en behouden. Juist als het kind de gehechtheidsfiguur wil gebruiken als veilige basis voor exploratie ontstaat er onzekerheid en angst. Wellicht is de ouder angstig als het kind te ver weg gaat (letterlijk en figuurlijk), heeft de ouder het kind nodig voor zichzelf, of is de ouder inconsistent, zodat het kind niet weet of het op de ouder kan rekenen. Ouder en kind leren om al te heftige escalaties van gevoelens te voorkomen door beiden hun perceptie van de relatie, zichzelf en elkaar bij te stellen. Bij de kinderen wordt verondersteld dat zich een intern werkmodel van de relatie ontwikkelt die het kind helpt een hyperactiverende strategie te kiezen voor zijn gehechtheidsgedrag. Bij baby's uit zich dat in overstuurd gedrag zodra scheiding van de ouder dreigt en in boos, ambivalent gedrag als ouder en kind weer bij elkaar zijn. Bij sommige baby's en ook bij iets oudere kinderen is de strategie zichtbaar in passief, zielig of onvolgroeid gedrag. Beide soorten gedragingen hebben als kennelijke functie om de aandacht van de gehechtheidsfiguur te garanderen.

Als laatste cirkel, is de cirkel van desorganisatie te noemen. Dit is de doelgroep waar de methodiek zich op zal richten. In gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties ervaren kinderen een paradox. De gehechtheidsfiguur is behalve een veilige haven ook een bron van angst. Dit is bijvoorbeeld het geval bij kinderen die worden mishandeld, maar ook ouders met onverwerkte trauma's vertonen gedrag dat beangstigend is voor kinderen (Schuengel et al., 1999). Angst voor de gehechtheidsfiguur interfereert met de kernfunctie van de gehechtheidsrelatie: veiligheid. Bij jonge kinderen is de angst voor de gehechtheidsfiguur direct zichtbaar of af te leiden uit bizarre of tegenstrijdige gedragingen richting de gehechtheidsfiguur tijdens stressvolle situaties. Bij oudere kinderen treedt soms rolomkering op, waarbij het kind het gedrag van de ouder tijdens relationeel

geladen situaties probeert te leiden door overdreven zorgzaam of bestraffend gedrag in de richting van de ouder.

Niet alleen het kind bouwt een intern werkmodel op van de ouder-kindrelatie. Bij de ouder ontwikkelt zich een vergelijkbaar maar complexer werkmodel van de relatie. Het model van de ouder refereert hierbij niet aan de relatie met het kind als bron van ervaren veiligheid (tenzij de relatie ernstig verstoord is), maar het refereert aan het ouder zijn van dit kind (George & Solomon, 1996). Het interne werkmodel van het ouderschap (ofwel de ouderschapsrepresentatie) en de bijbehorende mentale en gedragsstrategie wordt gevoed door de ervaringen met het kind en de feedback op het eigen gedrag. Het vormt de basis voor verwachtingen ten aanzien van de effecten en effectiviteit van het eigen gedrag en de reactie van het kind.

De cirkels van beperkte veiligheid zijn te begrijpen als min of meer adaptieve strategieën die ouder en kind hebben ontwikkeld om de confrontatie te vermijden met pijnlijke relationele ervaringen. De ouder kan door middel van deze strategie relatieve veiligheid bieden en het kind kan relatieve veiligheid ervaren. Kinderen en ouders betalen wel een prijs voor die aanpassing: onveilige gehechtheid oogt minder fijn en comfortabel, biedt minder toegang als kinderen problemen tegenkomen, en vormt een minder positieve bagage voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Bij de gedesorganiseerde groep lukt het echter niet of slechts gedeeltelijk om een consistente strategie te ontwikkelen, waardoor het kind niet meer in staat is de ouder als veilige basis te gebruiken en de ouder niet in staat is veiligheid te bieden.

2.2 Pedagogisch besef

Newberger (1980) introduceerde het begrip parental awareness - te vertalen als pedagogisch besef (Baartman, 1996). Ze omschreef dit als een samenhangend systeem van cognities dat de ouder handelt bij het interpreteren van het gedrag van het kind en bij het bepalen van zijn eigen handelen als opvoeder. In dit samenhangende systeem van cognities onderscheidt ze twee dimensies. De eerste is de dimensie van het perspectief nemen, verwant aan begrippen als sensitiviteit en empathie in de hechtingstheorie. Hierbij gaat het om het waarnemen en adequaat interpreteren van behoeften, emoties, intenties e.d. van het kind. De tweede dimensie hangt samen met het bijzondere van de betrekking die een ouder heeft met zijn kind. Dat bijzondere is hierin gelegen, dat een ouder zich verantwoordelijk weet voor zijn kind en dus zijn doen en laten mede (bij)stuurt vanuit dit besef van verantwoordelijk te zijn. Newberger spreekt daarom van een morele dimensie van pedagogisch besef:

“ concepts of rights and responsibilities of the self in relation to the child” .

Perspectief nemen vergt niet alleen sensitiviteit voor emoties en behoeften van het kind, maar ook voor eigen emoties en behoeften; de ouder dient beide adequaat waar te nemen en tussen beide te onderscheiden. Gaat het hier om een psychologisch onderscheid tussen eigen emoties, behoeften e.d. en die van het kind, op genoemde morele dimensie gaat het om een pedagogisch onderscheid tussen (recht doen aan) eigen belangen en (aan) die van het kind. Ouders staan vaak voor de afweging van eigen belangen tegen die van het kind. Het is daarom inherent, aldus Newberger, aan de ouder-kind-relatie dat er sprake is van *conflicting claims*: belangen van ouder en kind staan onderling

vaak op gespannen voet. Dix (1992) heeft het in dit verband over de spanning tussen *self oriented* en *child oriented goals* van ouders. En niet alleen het bestaan van *conflicting claims* is inherent aan de ouder-kind-relatie, ook het naast elkaar voorkomen van positieve en negatieve gevoelens over zowel zichzelf als ouder als over het kind is inherent aan deze betrekking.

Verwacht zou kunnen worden dat er een wisselwerking is tussen enerzijds sensitiviteit voor eigen behoeften en die van het kind en anderzijds de verhouding tussen recht doen aan belangen van het kind en aan eigen belangen. Brunnequell e.a. (1981) spreken in dit verband van *psychological complexity*, dat is: " De onderkenning door de ouder van eigen psychologische behoeften en processen, het vermogen dergelijke behoeften en processen bij anderen waar te nemen en het vermogen deze twee sets van behoeften en processen te integreren" (p.688). Psychologische complexiteit houdt onder meer in dat men onderkent dat belangen strijdig kunnen zijn en onderkent dat men zowel positieve als negatieve gevoelens heeft over het eigen ouderschap en over het kind. De *psychological complexity* van verwaarlozende moeders blijkt minder geïntegreerd te zijn dan die van andere moeders. Hoe minder sensitief men is voor zichzelf, hoe minder sensitief men is voor het kind, met name op momenten van spanning (Milner, 1993). Daarnaast, naarmate de verhouding tussen eigen belangen en die van het kind meer als een conflict beleefd wordt, zal men minder sensitief zijn voor emoties en behoeften van het kind. In zo'n situatie zal de ouder de zorg voor een kind vaak als een last ervaren, zal er (op den duur) meer sprake zijn van gevoelens van onzekerheid, van onmacht en van zodanig sterke gevoelens van ambivalentie ten opzichte van zichzelf en ten opzichte van het kind, dat de affectieve toonzetting in zijn gedrag wisselvallig en voor het kind ongewis is.

Wat de gehechtheidstheorie en het concept van pedagogisch besef gemeenschappelijk hebben is, dat ze beide de betekenis benadrukken van sensitiviteit voor de emoties en behoeften van het kind. Beiden hebben ook aandacht voor de complexe wisselwerking tussen sensitiviteit van de ouder voor eigen emoties en behoeften en voor emoties en behoeften van het kind. Nu is het in elke significante betrekking tussen mensen zaak om besef te hebben van eigen en andermans behoeften en belangen. Het specifieke van de betrekking tussen ouder en kind is evenwel het pedagogische van dat besef, dat wil zeggen dat een ouder zich verantwoordelijk weet voor het belang van zijn kind als voor dat van geen ander. Dit zet enerzijds de sensitiviteit voor een kind op scherp. Anderzijds kan juist dat bijzondere gewicht van het belang van een kind zozeer als strijdig ervaren worden met het eigen belang, dat dat het zicht op emoties en behoeften van het kind vertroebelt en omgekeerd.

De opvatting dat een ouder iemand is met een besef van verantwoordelijk-zijn voor zijn kind ligt ten grondslag aan de theorie van ouderschap die is ontwikkeld door Van der Pas en aan de daarop gebaseerde methodiek van ouderbegeleiding die in onderstaande besproken wordt.

2.3 Ouderbegeleiding

Een centrale assumptie in de theorie van Van der Pas is het uitgangspunt dat een ouder een besef heeft van verantwoordelijk-zijn, niet gelimiteerd in tijd of door condities. Aansluiten bij en honorering van dit besef maakt het mogelijk dat tussen ouder en ouderbegeleider een relatie tot stand komt waarin de ouder zich gerespecteerd en gesteund weet in zijn ouderschap.

Honorering van dit besef kan helpen de veiligheid te bewerkstelligen die een ouder nodig heeft om een ander te betrekken in iets wat hem fundamenteel raakt: de verwevenheid van zijn belang als ouder en het belang van zijn kind. In die verwevenheid klinkt het verleden van een ouder in vele toonaarden door en ligt ook een belangrijk deel van zijn toekomstverwachting besloten. Falen als ouder maakt een ouder daarom zeer kwetsbaar, iets waarvoor een ouderbegeleider sensitief moet zijn. De tijdloze, onvoorwaardelijke verantwoordelijkheid van een ouder voor zijn kind is onvervreemdbaar en kan door geen professional worden overgenomen. Het formeel juridisch overnemen van bepaalde verantwoordelijkheden in geval van een maatregel van kindbescherming doet daar niets aan af. Dat impliceert, dat het in de samenspraak tussen ouder en hulpverlener uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de ouder is om te bepalen waarbij welke hulp gewenst wordt.

In het leven van alledag spelen enkele mechanismen een basale rol in het vormgeven aan ouderschap. Deze zijn:

- het *innemen van een metapositie*, dat is: ‘ alle ouderlijke activiteit die niet het grootbrengen zelf is, maar die zich daar op een ander, bovengeschild plan – direct sturend of in de gedachten – mee bezig houdt’ (Van der Pas, 1996, p. 151). Het (her)innemen van een metapositie is het (her)nemen van de regie, niet alleen – en wellicht niet op de eerste plaats – over het kind, maar over eigen gevoelens, drijfveren, verwachtingen etc. die het grootbrengen sturen. Elke ouder doet dit talloze malen per dag. Maar stagneert dit proces voor langere tijd, dan kan hulp daarbij wenselijk zijn.
- *taakverdeling*. Om hun verantwoordelijkheid als ouder waar te kunnen maken zijn ouders afhankelijk van steun daarbij uit hun omgeving, in eerste instantie doorgaans hun partner, maar daarnaast ook de groep van vrienden en verwanten. Deze taakverdeling betreft zowel het ouderschap zelf – welke ouder doet wat en hoe – als taken daaromheen zoals huishouden en arbeid. Hulp kan gericht zijn op het (helpen) mobiliseren van steun of het herverdelen van taken.
- *positieve ouderschapservaringen*. Wat voor veel andere rollen geldt die een substantieel deel van iemands bestaan vormen, geldt ook voor ouderschap: men moet zich vertrouwd voelen in die rol. Dat betekent dat men er in voldoende mate plezier aan moet beleven, dat men het vertrouwen moet hebben het aan te kunnen, dat men de verwachtingen, de teleurstellingen, de tegenstrijdigheden in gevoelens die ermee gepaard gaan onderkent. Hulp kan gericht zijn op het creëren van mogelijkheden plezier te beleven aan zijn ouderschap en zijn kind, op het exploreren van verwachtingen, het verwerken van teleurstellingen en het leren leven met de ambivalente gevoelens die inherent zijn ouderschap, gegeven onder meer de onontkoombare spanning tussen eigen belangen en belangen van het kind.

2.4 Visie op hulpverlening

Uitgangspunt voor Xonar is dat de vraag van de cliënt, in casu de ouders, bepalend is voor de hulp die wordt aangeboden. “ De cliënt heeft de regie over zijn eigen hulpverleningsproces en heeft dus bij de besluitvorming over de inhoud van de hulp het laatste woord.” (Pontier, 2002). Dat betekent niet dat de professional bij deze besluitvorming lijdzaam toeziet. “ Iedere cliënt die met onze organisatie in

contact komt, wordt actief betrokken bij de besluitvorming ten aanzien van zijn/haar eigen leefsituatie en leefomgeving. Wij doen dat in de vorm van een *dialoggestuurde* hulpverlening, waarin zowel de professionele verantwoordelijkheid als de vraag van de cliënt een rol spelen.” (p.8). In plaats van ‘vraaggestuurd’ spreekt Xonar liever van ‘dialoggestuurd. De eerste term suggereert een passieve houding van de professional en een statische betrekking tussen professional en cliënt, alsof hulpverlening louter gestalte krijgt in reactie op een vraag van de cliënt. Met het begrip dialoggestuurd wil aangegeven zijn dat hulpvraag en hulpantwoord tot stand komen in wisselwerking tussen cliënt en professional met onderkenning en respect voor ieders eigen verantwoordelijkheid daarin. Een tweede centraal element in de visie van Xonar op hulp aan ouders is het gegeven dat ouders deel uitmaken van een sociaal netwerk. Hulp aan ouders impliceert daarom in beginsel aandacht voor de positie van ouders binnen dat netwerk en het (doen) aanwenden of vitaliseren van bronnen van steun die in hun omgeving voor handen zijn.

De combinatie van beide uitgangspunten is weer te geven met het begrip *empowerment*. Hulp aan ouders is gericht op het versterken van hun eigen mogelijkheden en van die van hun omgeving om vorm te (helpen) geven aan hun verantwoordelijkheid als ouders. De ouder de regie laten bij de bepaling van de gewenste hulp is een eerste aanzet om ouders te helpen bij het hernemen van een meta-positie en is te zien als een positieve ouderschapservaring. Vitaliseren van bronnen van steun in het sociale netwerk sluit aan op taakverdeling als een basaal mechanisme voor ouderschap.

2.5 Samenhang

Genoemde theorieën en visie vertonen samenhang op een aantal centrale issues inzake ouderschap en hulpverlening. Deze zijn te ordenen rond twee thema's: *ouderschap* en de *relatie* tussen ouder en professional.

2.5.1 Ouderschap

Drijvende kracht voor de ouder is zijn besef van verantwoordelijk-zijn, het ethische aspect van ouderschap. De asymmetrie in verantwoordelijkheid, samen met het tijdloze en onvoorwaardelijke ervan is wat een ouder-kind-relatie onderscheidt van andere relaties. Het komt overeen met wat Newberger de morele dimensie van pedagogisch besef noemt, althans in die zin dat het bestaan van conflicting claims als iets wat inherent is aan de betrekking tussen ouder en kind te begrijpen is, tegen de achtergrond van dit besef van verantwoordelijk-zijn. Het is in de context van de hechtingstheorie te zien als de drijvende kracht achter de sensitiviteit van de ouder voor emoties, behoeften en intenties van het kind.

De representatie die een ouder van zichzelf als ouder heeft vormt de basis voor verwachtingen ten aanzien van de effecten en effectiviteit van het eigen gedrag en de reactie van het kind. Deze representatie is gegroeid op basis van vroegere belangrijke ervaringen met anderen en op basis van de ervaringen als ouder met dit kind en eventuele andere kinderen. Het ouderschapsgesprek is een eerste stap om weer controle te krijgen over effect en effectiviteit van zijn handelen, doordat de ouder gestimuleerd wordt om over zichzelf als ouder na te gaan denken en zijn sterke en zwakke momenten, zijn positieve en negatieve gevoelens over zichzelf en over zijn kind te ontwarren en te verwoorden.

Door met dit gesprek de problemen die de ouder bezighouden duidelijk op tafel te krijgen kan hij geholpen worden bij het hernemen van een metapositie, d.i. het herwinnen van regie over zijn handelen en emoties.

In de theorieën in zake hechting en pedagogisch besef ligt er een sterk accent op het functioneren en op psychologische processen van de individuele ouder. In de theorie over ouderbegeleiding en in de hulpverleningsvisie van Xonar wordt er ook aandacht gevraagd voor de sociale context waarbinnen opvoeden plaats vindt. Opvoeden doet/kan niemand alleen. Activeren/realiseren van hulpbronnen in de eigen omgeving van de ouder, opgevat als empowerment in de hulpverleningsvisie, komt overeen met (her)verdeling van taken in Van der Pas' conceptie van ouderbegeleiding.

2.5.2 Ouder en hulpverlener

Een professional kan het verantwoordelijk-zijn niet van de ouder overnemen. Daarom is het aan de ouder om in samenspraak met de professional te bepalen bij wat hij welke hulp wenst.

Deze bepaling is in feite een vorm van regie voeren. Zou men dit de ouder uit handen nemen, dan kan dat ervaren worden als een blijk van wantrouwen in het zelf-sturend vermogen van het besef van verantwoordelijk-zijn, en als bevestiging van in de betrekking tot het kind reeds opgebouwde *learned helplessness*.

De ervaring heeft geleerd, dat het opbouwen van een werkrelatie tussen ouder en hulpverlener een van de cruciale voorwaarden is voor het welslagen van hulp aan ouders die hun kinderen (dreigen te) mishandelen of verwaarlozen. De reden daarvoor is, dat het enerzijds juist verstoorde relationele kwaliteiten zijn die in zo'n geval de aanleiding vormen voor het contact met een hulpverlener, terwijl (bewerking van) deze kwaliteiten tegelijk een rol speelt in het tot stand brengen van een werkbare relatie tussen ouder en hulpverlener. Respectering van de eigen verantwoordelijkheid van de ouder en in gesprek raken met de ouder over zijn ouderschap met behulp van het ouderschapsgesprek kan de ouder helpen zich in deze relatie veilig en begrepen te voelen.

Slaagt men erin deze veiligheid en dit zich begrepen weten te bewerkstelligen, dan bieden de aldus opgedane nieuwe ervaringen de ouder de mogelijkheid zijn interne werkmodel en zijn ouderschapsrepresentatie ten positieve bij te stellen. Omdat ouderschapsrepresentatie tevens gestalte krijgt op basis van de ervaringen met het kind, kan (het werken aan) gedragsverandering van het kind eveneens leiden tot positieve bijstellingen van deze representatie. Dit laatste houdt tevens in, dat gedragsverandering bij het kind ook voor het kind zelf leiden kan tot bijstellingen van zijn interne werkmodel.

Op basis nu van deze theorieën en hulpverleningsvisie kan een praktijktheorie worden ontwikkeld met betrekking tot behandeling van verstoorde gehechtheid. Deze theorie zal zoveel mogelijk worden ontwikkeld op basis van empirisch getoetste interventiemethoden.

3. Doelgroep

De gehechtheidstheorie heeft een sterke empirische basis binnen het domein van de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties in normale gezinssituaties, waarbij ouderlijke sensitiviteit en mentale representaties van gehechtheid bij de ouder een belangrijke rol spelen (zie Van IJzendoorn, 1994, voor een Nederlandstalig overzicht). Van meer recente datum is de toepassing van de gehechtheidstheorie binnen het klinische domein (zie Schuengel et al., 1999; Schuengel et al., 2003 voor een overzicht). Hoewel de gehechtheidstheorie haar aanleiding vond in kinderen met een problematische gehechtheidsgeschiedenis (Bowlby, 1944), heeft het klinisch-therapeutische werk met ouders en kinderen zich lange tijd parallel en gescheiden ontwikkeld van de gehechtheidstheorie. Zo is de diagnose hechtingsstoornis (Reactive Attachment Disorder; DSM-IV¹, 1994; ICD-10, 1992) niet gebaseerd op inzichten en empirische bevindingen vanuit het gehechtheidsonderzoek. Van betrekkelijk recente datum zijn nu de empirische studies die aanleiding geven tot herziening van de indeling van en criteria voor deze diagnostische categorie.

Binnen de ontwikkeling van deze methodiek wordt niet gekozen voor de invalshoek van de DSM of ICD diagnose ' hechtingsstoornis' , maar zal de term ' verstoorde gehechtheid' worden gebruikt. "Verstoorde gehechtheid" wil zeggen dat de gehechtheidsrelatie zelf voor het kind een bron is van spanning en angst. Bij veilig gehechte en zelfs bij onveilig gehechte kinderen biedt de gehechtheidsfiguur in meerdere of mindere mate een veilige haven in tijden van spanning en angst. In verstoorde gehechtheidsrelaties is de gehechtheidsfiguur echter tegelijk een veilige haven en een bron van angst, en is het gehechtheidsgedrag van het kind mogelijk een bron van angst voor de ouder. Het resultaat is dat er een bredere categorie ouders en kinderen in aanmerking komen voor de behandeling van verstoorde gehechtheid dan wanneer de zeldzame categorie hechtingsstoornis tot uitgangspunt zou zijn gekozen. Daarnaast wordt met deze term het relationele karakter van het probleem opgehouden, zonder te impliceren dat het probleem beperkt is tot de ouder-kindrelatie. Het loslaten van de DSM- en ICD-criteria betekent dat de doelgroep niet beperkt wordt tot opvoedingssituaties waarvan vaststaat dat er sprake is van (lichamelijk of geestelijke) mishandeling, verwaarlozing of veelvuldige wisselingen van gehechtheidsfiguren. Ook beperken we ons niet tot kinderen die in alle sociale contexten problematisch gedrag vertonen. Verstoringen van gehechtheidsgedrag binnen één gehechtheidsrelatie kun-

¹ Omschreven als: markedly disturbed and developmentally inappropriate social relatedness in most contexts, beginning before age five, as evidenced by either:

Inhibited Type: persistent failure to initiate or respond in a developmentally appropriate fashion to most social interactions, as manifest by excessively inhibited, hypervigilant, or highly ambivalent and contradictory responses (e.g., responds to caregivers with approach, avoidance, and resistance to comforting, or frozen watchfulness), or

Disinhibited Type: diffuse attachments as manifest by indiscriminate sociability with marked inability to exhibit appropriate selective attachments (e.g., excessive familiarity with relative strangers or lack of selectability of attachment figures)

nen ernstig genoeg zijn om een interventie te rechtvaardigen. Een criterium is wel dat het kind de cognitieve leeftijd van 10 tot 12 maanden heeft bereikt. Onder deze leeftijd is het kind nog niet in staat selectieve gehechtheidsrelaties te onderhouden, en kunnen verstoringen van dergelijke relaties derhalve niet worden vastgesteld (Zeanah, 1996). Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis en pleegouders vallen buiten de doelgroep. Dit omdat hierbij meer het accent ligt op kindfactoren als veroorzaker van een verstoring in de gehechtheidsrelatie, terwijl de methodiek in dit project in eerste instantie oudergericht is.

De doelgroep van de interventie kan nu worden aangeduid met ouders en hun kinderen waarbij in de primaire opvoedingsrelatie sprake is van verstoorde gehechtheid, zich uitend in stoornissen in het gebruik door het kind van de ouder als een veilige basis om de wereld te verkennen, en als veilige haven om zich terug te trekken bij gevaar. De hulpvraag van ouders die centraal staat binnen de behandeling kan daarbij als volgt worden omschreven:

‘ Help me mijn verantwoordelijkheid als ouder zodanig waar te maken, dat ik me vertrouwd voel in mijn rol als ouder en mijn kind zich veilig weet bij mij. ’

Om voor deze module geïndiceerd te worden, is het essentieel dat de problemen bij het kind gepaard gaan met problemen bij de ouder. Beide soorten problematisch gedrag, die van de ouder en die van kind, houden elkaar in stand en versterken elkaar, maar omdat zoals gezegd de methodiek in dit project in eerste instantie oudergericht is, en omdat minstens voor een deel het gedrag van het kind een reactie is op het gedrag van de ouder, ligt het voor de hand eerst dit laatste te beschrijven en dan het gedrag van het kind.

Nadrukkelijk moet bij deze beschrijving opgemerkt worden dat geïsoleerde voorbeelden van probleemgedrag bij ouder en kind niet meteen indicatief zijn voor verstoorde gehechtheid. Dergelijk gedrag moet kenmerkend zijn voor de *relatie*, dat wil zeggen karakteristiek voor de manier waarop ouder en kind met elkaar omgaan.

3.1 Problematisch gedrag van de ouder

Bij de ouders gaat het om gedragingen of praktijken die de essentiële functie van de gehechtheidsrelatie, het bieden van veiligheid, te gronde richten. George en Solomon (1996; George, Solomon & De Jong, 1995) hebben nauwkeurige studies gemaakt van mentale processen bij ouders en daaruit voortvloeiend gedrag dat gerelateerd is aan gedesorganiseerde gehechtheid van kinderen. Deze gedragingen zijn in drie groepen te onderscheiden. In de eerste plaats zijn er die gedragingen, welke te begrijpen zijn als een reactie op conflicten en ambivalente gevoelens. Enerzijds is er de neiging conflicten en heftige emoties - hetzij van zichzelf, hetzij van het kind - te ontlopen, anderzijds kan het gebeuren dat men ongeremd zijn emoties lucht. Voorts zien we dat ouders hun kind te weinig leiding en bescherming bieden en tenslotte dat ze van hun kind de zorg verwachten die ze in eerste instantie zelf zouden moeten bieden.

3.1.1 *Inhibitie en ontremming*

De ouder heeft moeite met het omgaan met conflicten. Zo' n conflict kan enerzijds een conflict zijn tussen hem en zijn kind, anderzijds, vaak in combinatie met het eerste, een conflict, een botsing tussen eigen belangen en die van het kind. Kenmerkend is dat de ouder in zo' n situatie nogal eens kiest voor een van twee mogelijke extremen: het conflict wordt ontlopen, de ouder trekt zich terug – letterlijk of figuurlijk – of zondert het kind af, of hij gaat volop de strijd aan en/of verliest de controle over zijn emoties. Dit probleem in het omgaan met spanningen en conflicten kan zich als volgt manifesteren:

Dicht slaan: de ouder sluit de interactie met het kind af wanneer hij/zij² of het kind overstuur is. De ouder beschrijft hoe hij zijn gevoelens probeert te negeren en/of in psychologisch opzicht een muur optrekt tussen zichzelf en het kind. Soms wordt het kind opgesloten wanneer het overstuur is.

Ontkennen/blokken van beangstigende realiteit: (Potentieel) beangstigende of bedreigende situaties worden door de ouder hardnekkig ontkend, of hij sluit zich ervan af.

Confronterend/controlerend gedrag: ouder en kind gaan op in een machtsstrijd. Beiden zijn extreem koppig.

Disproportioneel straffen: bestraffingen zijn disproportioneel of fysiek of emotioneel cru of grof.

Gewelddadigheid: De ouder is ongeremd in het fysiek of verbaal uiten van ongenoegen, teleurstelling, woede of onmacht jegens het kind

3.1.2 *Gebrek aan leiding en bescherming*

De ouder biedt het kind niet de veiligheid waar het gezien zijn leeftijd behoefte aan heeft. Hij heeft te weinig zicht op en oefent te weinig toezicht uit op het doen en laten van het kind, helpt het kind onvoldoende te differentiëren tussen wat veilig en onveilig is en tussen gepast en ongepast gedrag van het kind, creëert onvoldoende veiligheid in de dagelijkse leefsituatie van het kind en manifesteert zich tegenover het kind als onmachtig. Dit gebrek aan leiding en bescherming kan op de volgende manieren zichtbaar zijn:

Toestaan van gevaarlijke activiteiten: het kind wordt toegestaan gevaarlijk dingen te doen of verblijft in een voor het kind stresserende situatie en er wordt niets of onvoldoende aan gedaan.

Getuige laten zijn van geweld: De ouder laat toe dat het kind getuige is van geweld, conflicten of ruzies tussen de ouders onderling of met andere personen.

Aan zijn lot overlaten: de ouder houdt geen toezicht op het doen en laten van het kind

Gebrek aan regulatie: de ouder staat het kind toe extreem gedrag te vertonen zoals onbeleefd zijn, liegen, stelen of antisociaal gedrag.

Overgave van verantwoordelijkheid: de ouder geeft letterlijk de zorg en daarmee de verantwoordelijkheid voor het kind uit handen aan een ' hogere macht' of God. De rol van verzorger wordt daarbij verlaten.

² In het besef dat dit en al het andere problematische gedrag van ouders zowel door vaders als moeders vertoond wordt, bedienen we ons voortaan van de gebruikelijke, als neutraal bedoelde term hij.

Uiten van onmacht: het kind heeft ‘ de macht’ in handen in de relatie tussen ouder en kind. De ouder smeekt het kind, soms zelfs op de knieën, om medewerking. Vaak is dit het geval als het kind dwars en confronterend is.

3.1.3 Rolomkering

De ouder verwacht van het kind vormen van aandacht, zorg en bekommernis die gezien positie en ontwikkelingsniveau van het kind ongepast zijn.

Kind als troost of vermaak: De ouder verwacht door het kind te worden opgemonterd en vermaakt.

Ouder gedraagt zich kinderlijk: de ouder is meer speelkameraadje voor het kind dan een beschermende ouder.

Met kind omgaan als ware het een volwassene: de ouder plaatst het kind in de rol van volwassene door het te betrekken bij zaken die niet passen bij diens leeftijd. De ouder gebruikt het kind bv als vertrouwenspersoon.

Overvragen: de ouder vergt vormen van zorg van het kind die voor een kind ongepast zijn.

Zich te kort gedaan voelen: De ouder geeft er bij herhaling tegenover het kind blijk van zich door het kind te kort gedaan te voelen

3.1.4 De context

Naast deze gedragingen van de ouder zien we voorts, dat er sprake is van een gebrek aan (stabiliteit in) steun en van een beperkt vermogen tot het mobiliseren van steun voor de ouder bij zijn rol als opvoeder, zowel wat betreft steun in informele als in formele zin.

3.2 Problematisch gedrag van het kind

Het probleemgedrag van de kinderen is te beschrijven aan de hand van drie typen gedrag die corresponderen met de bovengenoemde gedragingen van de ouders. Gemeenschappelijk aan deze drie typen van gedrag is dat ze elk te zien zijn als een reactie van het kind op de ervaring van instabiliteit en dus van onveiligheid in de relatie met belangrijke anderen, in eerste instantie zijn ouders. Effecten van deze reacties zijn, dat ze op hun beurt gemakkelijk instabiliteit en onveiligheid creëren of in stand houden. De beschrijvingen van deze gedragingen zijn ontleend aan het onderzoek naar diagnostiek van kinderen met een hechtingsstoornis (Zeanah, 1996; Boris et al., 2004) en aan gevalsbeschrijvingen (Thoomes-Vreugdenhil, 1999)

3.2.1 Inhibitie

Een kind dat te veel instabiliteit in betrokkenheid en zorg ervaart, gaat zich angstig vastklampen aan wie en wat bekend is en gaat het onbekende uit de weg. Gegeven de onzekerheid waarmee het zich vast klampt, biedt evenwel ook de nabijheid van wie bekend is onvoldoende rust en vertrouwen. Dit gebrek aan basisveiligheid remt het kind in het zich openstellen voor wie en wat onbekend is. Dit kan zich op de volgende manieren uiten:

Weinig afstand: Het kind vermijdt het liefst contact met anderen dan de ouder. Het kind wil niet van de ouder weg, want nabijheid is zo ongewis, dat afstand angst oproept en een kind overstuur maakt, waardoor het weinig tot exploreren komt.

Snel angstig: Het kind lijkt op zijn gemak wanneer de ouder dicht in de buurt is, maar is snel bang voor onbekende dingen of mensen. Het kind is daarmee ondanks nabijheid van de ouder evengoed met angst geladen. Het kind lijkt minder geïnhibeerd, angstig en afwezig wanneer de ouder er niet bij is.

Weinig spel: het kind laat weerstand zien om bv met speelgoed te spelen of zelfs speelgoed aan te raken in een vreemde omgeving of in aanwezigheid van onbekende mensen; immers, exploreren vergt loslaten en afstand is beangstigend.

3.2.2 Gebrek aan differentiatie

Het bovenstaande is ook te begrijpen als een uiting van angst voor separatie. Bovengenoemde angst voor verlies van nabijheid – een angst dus voor separatie, omdat deze nabijheid ongewis is - heeft een keerzijde, namelijk een gebrek aan individuatie en daarbij horende differentiatie. Omdat de differentiatie in de omgeving weinig duidelijk is tussen personen bij wie het wel en bij wie het niet veilig is, tussen wat vertrouwd is en wat niet, tussen wat gevaarlijk is en wat niet, tussen wat gepast en ongepast gedrag is, leert het kind onvoldoende te onderscheiden in preferentie voor personen, en onderscheidt het onvoldoende tussen veilige en onveilige situaties en tussen gedrag waarmee het andere kinderen of volwassenen voor of tegen zich inneemt. Als ouders in hun gevoelsuitingen onberekenbaar zijn en dus de (grond voor) differentiatie in hun expressie van gevoelens voor het kind onduidelijk is, zal het moeilijk leren die differentiatie in eigen expressies aan te brengen. Dit uit zich onder meer als volgt:

Geen onderscheid in contact: Het kind maakt geen onderscheid tussen bekende en onbekende mensen, praat tegen iedereen, gaat gemakkelijk met onbekenden mee, maar het contact blijft oppervlakkig.

Moeilijk te troosten: Het kind zal troost zoeken wanneer het overstuur is, maar laat hierbij geen voorkeur zien voor een bekende persoon, het kan iedereen zijn. Het kind is vaak moeilijk rustig te krijgen.

Weg lopen: Het kind loopt vaak weg bij de ouder zonder te kijken of de ouder er nog is bv verlaat het huis en loopt de straat op.

Gevaarlijke situaties: Het kind zoekt vaak situaties op waarbij het gevaar loopt op lichamelijk letsel.

Boosheid: boosheid van het kind is kenmerkend voor de gehechtheidsrelatie. Het kind kan daarbij wel voorkeur laten zien voor de ouder als gehechtheidfiguur, maar wanneer het troost zoekt gaat dit vaak gepaard met agressieve woede uitbarstingen gericht op de ouder, maar ook op zichzelf.

Laat weinig gevoelens zien: Het kind laat weinig gevoelens zien in sociale situaties, zelfs als de ouder aanwezig is. Meestal geeft het kind de indruk ernstig en waakzaam te zijn. Angstige controle over ongewisse nabijheid en onzekerheid over te verwachten reacties doen een kind op zijn hoede zijn.

' Ontregeld ' gedrag: Het kind volgt, met inachtneming van zijn ontwikkelingsniveau, onvoldoende de regels die gelden in het sociale verkeer met anderen en dreigt zich daarmee tot een buitenstaander te maken en tot het voorwerp van conflicten en afwijzing.

3.2.3 Rolomkering

De instabiliteit en onzekerheid in de ervaring van betrokkenheid en zorg, maakt dat het kind zelf stabiliteit en zekerheid probeert te bewerkstelligen door zelf actief betrokkenheid en zorg te betonen, soms ook daartoe aangezet door ouders die in dit opzicht te veel vergen van het kind. Dit gedrag heeft twee functies: enerzijds activeert het kind de ander tot het uiten van waardering, anderzijds hoopt het met dit gedrag afwijzing te voorkomen. Dit gedrag wordt beschreven in de classificatiesystemen voor gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties in de kleutertijd (Cassidy & Marvin, 1992; Crittenden, 1988). Om de onvoorspelbaarheid van zowel waardering als afwijzing het hoofd te bieden, speelt het kind op safe door zelf betrokkenheid en zorg te betonen. Dit uit zich onder meer als volgt:

Ouderlijke rol overnemen: Het kind neemt taken of verantwoordelijkheden op zich, die eigenlijk die van de ouder zijn.

Stelt gerust: Het kind blijft in een onbekende omgeving in de buurt om de ouder gerust te kunnen stellen. Het kind biedt daarbij veiligheid aan de ouder.

Controlerend en verzorgend: Het kind is overbezorgd, verzorgend, bazig of controlerend in de interactie met de ouder.

Ongebruikelijk zorg voor ouder: Het kind laat voor de leeftijd ongebruikelijke aandacht en zorg voor het emotionele welzijn van de ouder zien. Bij wat oudere kinderen ziet men, dat ze deze zelfde niet bij hun rol passende zorg ook aan de dag leggen voor jongere broertjes of zusjes.

Bovenstaand problematisch gedrag is beschreven aan de hand van symptomen van verstoord gehechtheidsgedrag. Er zijn natuurlijk ook andere manieren om te kijken naar verstoorde gehechtheid zoals kijken naar gedragskenmerken waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen adaptief gehechtheidsgedrag en maladaptief gehechtheidsgedrag. Zeanah, Mammen en Lieberman (1993) hebben dit schematisch weergegeven. In de praktijk zal moeten blijken welke van de twee manieren het meest geschikt en werkbaar is. Het schema is weergegeven op de volgende bladzijde.

3.2.4 Interpunctie

Op welke manier ook naar verstoorde gehechtheid wordt gekeken, duidelijk is dat ouder en kind met elkaar in een negatieve spiraal terecht zijn gekomen. Het problematische gedrag van ouder en kind houden elkaar in stand en versterken elkaar. Waar deze negatieve interactiespiraal precies begonnen is en welk gedrag van de een, welke reactie oproept bij de ander is na verloop van tijd niet meer duidelijk aan te wijzen. Zoals gezegd wordt er vanuit gegaan dat minstens een deel van het gedrag van het kind een reactie is op het gedrag van de ouder. Tevens kan gesteld worden dat de ouder de regie over zijn handelen en emoties is kwijtgeraakt, met andere woorden niet (meer) in staat is de metapositie in te nemen. Daarnaast zijn ook de reeds in paragraaf 2.3 genoemde mechanismen “Steun en taakverdeling” en “positieve ouderschapservaringen” gestagneerd geraakt. Om deze reden zal de hulp aan het gezin in eerste oudergericht zijn, waarbij deze drie mechanismen een belangrijk uitgangspunt vormen voor de behandeling.

Affectie

Adaptief: Het kind laat zijn gevoelens zien in een reeks van verschillende situaties en interacties

Maladaptief: Gevoelens ontbreken in sociale situaties, of het kind laat ' ongepaste' gevoelens zien naar relatief onbekende volwassenen (' allemansvriendje')

Troost zoeken:

Adaptief: Het kind zoekt troost bij z' n ouders of specifieke personen die belangrijk voor hem zijn

Maladaptief: Het kind zoekt geen troost als het pijn heeft, bang of ziek is of zoekt troost op een vreemde/ ambivalente manier

Vertrouwen op hulp

Adaptief: Het kind is bereid hulp te zoeken bij de ouder of specifieke andere personen die belangrijk voor hem zijn, wanneer problemen te moeilijk zijn om alleen te kunnen oplossen

Maladaptief: Het kind is buitengewoon afhankelijk van de ouder, of is niet in staat hulp te zoeken en gebruik te maken van de nabijheid van de ouder wanneer dat nodig is.

Coöperatief gedrag

Adaptief: Het kind werkt mee met zijn ouders

Maladaptief: Het kind stelt zich consequent niet meegaand op als het gaat om vragen of eisen die de ouder stelt, of is juist angstig en tèn meegaand daarin

Explorerend gedrag

Adaptief: Het kind gebruikt de ouder als een veilige basis van waaruit het de omgeving kan exploreren

Maladaptief: Het kind kijkt niet of de ouder er nog is wanneer het , in een onbekende omgeving, op onderzoek uitgaat, of het kind wil absoluut niet van de ouder weg om te gaan exploreren

Dwingend gedrag

Adaptief: Het kind laat zelden of nooit dwingend gedrag zien naar de ouder toe

Maladaptief: Het kind laat overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag zien naar de ouder toe, of is extreem bazig en controlerend in de interactie met de ouder

Weerzien na scheiding van ouders

Adaptief: Wanneer het kind overstuur is zal het troost zoeken bij de ouder, als het niet overstuur is zal het middels verbale en non-verbale communicatie op een positieve manier het contact weer herstellen

Maladaptief: Het kind is niet in staat om na de separatie van de ouder het contact weer op een positieve manier te herstellen waarbij het kind de ouder negeert, vermijdt, zeer boos is of juist geen enkele emotie laat zien.

Reactie op vreemden

Adaptief: Het kind toont in eerste instantie enige terughoudendheid in sociale situaties, met name wanneer het een onbekende omgeving is

Maladaptief: Het kind begeeft zich onmiddellijk in een sociale situatie, zonder enige voorzichtigheid, maakt veel lichamelijk contact met anderen zonder daarbij de ouder in de gaten te houden, en verlaat zonder moeite de ouder om met een vreemde mee te gaan

Schema Zeanah, Mammen & Lieberman (1993)

4. Diagnostiek bij gehechtheidsproblematiek

Zoals in het vorige hoofdstuk gezegd is, kan bij verstoorde gehechtheid na verloop van tijd gesteld worden dat er sprake is van een interpunctiekwestie. Het gedrag van ouder en kind houden elkaar in stand en versterken elkaar, waardoor ze samen in een negatieve interactiespiraal terecht zijn gekomen. Wat nu precies het startpunt was van deze negatieve spiraal is moeilijk vast te stellen. Wel wordt er van uitgegaan dat minstens een deel van de gedragsproblemen bij het kind wordt bepaald door het gedrag van de ouder. Gemeenschappelijk aan de probleemgedragingen van ouder en kind is dat het gedrag van het kind te zien is als reactie op de ervaring van instabiliteit en onveiligheid in deze relatie. Dat neemt niet weg dat alle probleemgedrag van het kind uit deze ervaring voortkomt, er kan ook sprake zijn van kindfactoren zoals moeilijk temperament.

Hoe moet met dit gegeven in het achterhoofd nu naar hechtingsproblemen gekeken worden en welke terminologie zou in dit geheel passend zijn? Bowlby zag hechting als een ontwikkelingsproces tussen kind en verzorger. Hechting, of beter hechtingsgedrag, is volgens hem de uitdrukking van een gedragssysteem dat opereert bij de regeling van afstand en nabijheid, op het moment dat het kind zijn omgeving verkent. Tegenover het hechtingssysteem staat een exploratiesysteem; het kind onderzoekt de omgeving waarin het zich bevindt. Voelt het kind zich onveilig, ruikt het onraad, doet het zich pijn, dan verleidt het zijn vader of moeder om zich over hem te ontfemen. Vindt hij die troost en veiligheid niet dan moet het op een of ander manier zijn plan trekken om te overleven.

Bowlby ging er daarnaast van uit dat ontwikkeling nooit vastligt. Problematische gehechtheidservaringen in de vroegkinderlijke periode determineren geenszins de verdere ontwikkeling, of maken het onontkoombaar dat het kind als ouder deze ervaringen bij het eigen kind zal herhalen. Wel zal het, naarmate de problematische gehechtheidservaringen langer voortduren, steeds meer moeite kosten om hiertegenover ervaringen te stellen die het vertrouwen in beschermende volwassenen weer terugbrengen. Dit is vooral het geval als gehechtheid en angst een complexe relatie aangaan. Schuengel, De Schipper en Sterkenburg (2003) pleiten er in dit verband voor de term " verstoorde gehechtheid" te hanteren. Dat wil zeggen dat ' de gehechtheidrelatie zelf voor het kind een bron is van spanning en angst, in plaats van een bron van ontspanning en troost' (2003, p 6). Zij gaan er dus vanuit dat hechtingsproblemen vooral begrepen moeten worden als problemen van relationele aard. Vertaald naar de hulpverleningsvorm die met deze methodiek nagestreefd wordt kunnen hechtingsproblemen omschreven worden als problemen in de ouder-kindrelatie. Het hanteren van deze term impliceert dan ook dat de relatie tussen ouder en kind het aanknopingspunt van de behandeling moet vormen.

Om dit gegeven draait het dan ook bij diagnostiek. Om aanknopingspunten voor de behandeling te vinden is het belangrijk om aan te sluiten bij het idee van Bowlby dat hechting te zien is als een ontwikkelingsproces. Het maken van een goede analyse van de interactie tussen ouder en kind is daarbij het startpunt. Hiertoe kan gebruik gemaakt worden van het Ouderschapsgesprek, maar onder andere

ook van observaties. Het gaat echter niet om de interactie tussen ouder en kind alleen. Het is ook belangrijk om de interactie van de ouder met zijn omgeving te analyseren. Ervaart de ouder steun vanuit zijn partner, familie en vrienden en hoe wordt dit vormgegeven? Immers, opvoeden kan en doet men nooit alleen. Dit gebied in kaart brengen kan onder andere door gebruik te maken van een genogram/sociogram.

Vervolgens is het belangrijk om een goede analyse te maken van het functioneren van het kind middels kinddiagnostiek. Kan al het probleemgedrag van het kind gezien kan worden in het licht van gehechtheid of spelen ook andere factoren een rol? Wanneer dit duidelijk in kaart is gebracht zal een passend hulpaanbod gedaan kunnen worden.

5. Ontwikkelingsdoelen

Gegeven bovenstaande beschrijvingen van het gedrag van ouder en kind worden met de methodiek verschillende doelen beoogd. Aan welke ontwikkelingsdoelen ouder en kind gaan werken, wordt bepaald in de dialoog tussen hulpverlener en ouder. Voor de ouder sluiten deze doelen aan bij de eerder genoemde drie mechanismen die volgens Van der Pas een basale rol spelen in het vormgeven aan ouderschap en bij de ouder gestagneerd zijn geraakt, te weten: innemen van de metapositie, taakverdeling en steun en positieve ouderschapservaringen. Voor het kind sluiten de doelen aan bij de onderscheiden drie typen van probleemgedrag: inhibitie, differentiatie en rolomkering.

De doelen kunnen als volgt omschreven worden:

Ten aanzien van de ouder:

De ouder

I. Innemen van de metapositie

1. staat open voor reflectie op zijn ouderschap, op de emoties die met het ouderschap gepaard gaan en op zijn manier van opvoeden;
2. is in staat het bestaan van positieve en negatieve gevoelens inzake ouderschap en kind te onderkennen en daartussen een balans te vinden;

II Taakverdeling en steun

1. beschikt over steun als opvoeder van zijn partner;
2. heeft informele steun als opvoeder in zijn directe omgeving;
3. weet (in)formele steun te mobiliseren;
4. de ouder ervaart niet alleen praktische steun maar voelt zich ook emotioneel gesteund door geruststelling en bemoediging.

III Positieve ouderschapservaringen, onder te verdelen in:

A. Conflicthantering

1. is in staat conflicten met zijn kind te hanteren;
2. heeft controle over de uiting van zijn emoties jegens het kind.

B. Leiding en bescherming

1. draagt zorg voor een veilige omgeving voor het kind;
2. heeft toezicht op en controle over het gedrag van het kind;
3. heeft overwicht in het reguleren van het gedrag van het kind.

C. Rolverhouding

1. heeft gepaste verwachtingen jegens het kind ;
2. draagt zorg voor een passend evenwicht in wederzijdse zorg;
3. heeft in voldoende mate plezier in het betonen van zorg.

Ten aanzien van het kind

Het kind

I *Exploratie*

1. weet met gebruik van steun van de ouder met onbekenden contact te maken;
2. is actief geïnteresseerd in nieuwe dingen;
3. weet zich ontspannen te vermaken in de nabijheid van de ouder.

II *Differentiatie*

1. heeft een gezonde gereserveerdheid ten opzichte van onbekende personen;
2. zoekt bij voorkeur steun en troost bij vertrouwde volwassenen;
3. onderkent en vermijdt gevaarlijke situaties;
4. vermengt getroost of gesteund worden niet met uitingen van onvrede of woede jegens degene die steunt of troost;
5. toont een variëteit aan gevoelens, al naar gelang persoon en situatie;
6. houdt zich aan de gangbare regels in het contact met anderen.

III *Rolverhouding*

1. het kind toont op onbevagen wijze zijn zorg voor anderen;
2. het kind kan onbevagen genieten van aandacht en complimenten;
3. het kind zoekt en vindt geruststelling en troost bij de ouder, ervaart geen angst in het contact en heeft geen zorg over de ouder.

6. De methodiek 'behandeling van verstoorde gehechtheid'

De methodiek bestaat qua opzet uit vijf verschillende fases. Deze fases omvatten de gehele behandeling; van de eerste kennismaking met ouder en kind tot aan afbouw van de behandeling en de nazorg-gesprekken. Voorafgaand zullen voorbereidingen getroffen worden, zowel organisatorisch als op het gebied van training, scholing en methodiekontwikkeling, om het werken volgens de methodiek mogelijk te kunnen maken. In onderstaande zullen dit traject en de 5 fases besproken worden.

6.1 Training en formulering gezamenlijke missie en visie

In deze fase ontwikkelen hulpverleners, begeleiders en leidinggevendenden een gezamenlijk perspectief op de problematiek van de doelgroep en op hulpverlening gericht op ouders. Richting gevend daarbij is de combinatie van bovengenoemde theorieën en visie.

Een gedeelde visie op hulpverlening wordt bewerkstelligd door het geven van trainingen en scholingsdagen. De gezinnen die middels de methodiek behandeld zullen worden krijgen een vaste hulpverlener (mentor) toegewezen. Deze mentor zal zowel vaste groepsleider van het kind zijn als de vaste ouderbegeleider voor de ouder. Omdat dit een andere manier van werken vereist van de groepsleider dan doorgaans binnen een MKD-setting gewoon is, de insteek is immers in eerste instantie oudergericht, en mede omdat de groepsleider verschillende posities in zal moeten leren nemen zal in de deskundigheidsbevordering onder andere aandacht besteed worden aan dialooggestuurd werken met ouders en de dilemma's die zich daarbij voordoen, aan het omgaan met al of niet vermeende tegenstellingen tussen belangen van ouder en van kind, aan ouderbegeleiding volgens de theorieën van Alice van der Pas, teambuildingsdagen rond thema empowerment, cursus werken met de video en training in het werken met het ouderschapsgesprek.

Hoewel dit traject in principe afgesloten kan worden als er sprake is van een gedeelde visie op de hulpverlening, is het zeer belangrijk dat de groepsleiders gedurende het implementatietraject werkbegeleiding krijgen in deze nieuwe manier van werken. Om werkelijk oudergericht te kunnen werken moet de groepsleider een omslag in attitude maken waarbij hij leert kijken en denken vanuit de positie van de ouder. Tijdens de deskundigheidsbevordering wordt hier de basis voor gelegd, maar om de omslag in attitude verder te kunnen begeleiden en bestendigen is werkbegeleiding noodzakelijk. Hoe dit vormgegeven kan worden zal in paragraaf 6.4.4 aan de orde komen.

Beoogde opbrengsten van deze fase

- Er is sprake van een gedeelde visie op de hulpverlening en men kan op eenzelfde manier uitdrukking geven aan die visie.

6.2 Fase 1

Kennismakingsfase

In deze fase maken ouder(s), kind en hulpverleners kennis met elkaar. De hulpverlener zal gedurende de hele behandeling de vaste begeleider van de ouder zijn (de mentor), waardoor het beter mogelijk is een werkrelatie op te bouwen.

In de gesprekken die binnen de kennismakingsperiode plaatsvinden is het belangrijk de wederzijdse verwachtingen uit te spreken. Daarnaast is het belangrijk om in deze fase de indicatie en aanmeldingsgegevens zoals die door Bureau Jeugdzorg zijn aangeleverd met de ouder te bespreken, om duidelijk te krijgen of de geïndiceerde hulp en wat de ouders daarvan verwachten aansluit bij hun hulpvraag. In deze fase kan tevens samen met de ouder een eerste inventarisatie gemaakt worden van de problemen die de ouder ervaart, de hulpvragen die hij heeft en de stand van zaken in de thuis-situatie. Verder zal de module ‘ Dagbehandeling voor kinderen van 0-7’ van start gaan.³

Om een goed beeld te krijgen van de ouderschapsbeleving en de daarmee gepaard gaande vragen en problemen wordt in deze fase aan beide ouders voorgesteld ‘ Het Ouderschapsgesprek’ te houden⁴. Wanneer één van beide ouders ervoor kiest niet deel te willen nemen aan het gesprek, dan is het voor de verdere hulpverlening wel belangrijk deze ouder bij het proces te blijven betrekken. Dit kan gedaan worden door de ouder uit te nodigen voor het vervolggesprek, wanneer het gesprek besproken wordt of anders de gesprekken die daar weer op volgen. Wanneer de ouder aangeeft geen hulpvragen te hebben en geen behoefte te hebben aan begeleidingsgesprekken dan is het belangrijk hem/haar te laten weten dat hij/zij te allen tijde welkom is indien de ouder ergens hulp of ondersteuning bij nodig heeft. Waar de eerste kennismaking plaats zal vinden is afhankelijk van de keuze van de ouder. In deze fase kan ook een uitstroommoment worden aangebracht, indien ouder en hulpverleners er nu al achter komen dat de module niet aansluit op de hulpvraag.

Competenties van de hulpverlener

1. Contactrelaties aan kunnen gaan
2. Cliëntgerichtheid/systeemgerichtheid
3. Communicatieve competenties
4. Responsieve sensibeleiteit
5. Kritische houding

Beoogde opbrengsten van fase 1

- Er is consensus tussen ouder en hulpverlener over de wederzijdse verwachtingen, het doel en de visie achter de hulpverlening

³ De inhoud van deze module zal besproken worden in paragraaf 6.4.3

⁴ Voor verdere toelichting over doel en inhoud van het gesprek zie paragraaf 6.3.

6.3 Fase 2

"Hoe is het om ouder te zijn van ...?"

In de tweede fase is het de bedoeling dat ouder en hulpverlener zich een beeld vormen van de wijze waarop de ouder zijn ouderschap beleeft, en welke problemen de ouder ervaart. Daartoe wordt gebruik gemaakt van het Ouderschapsgesprek (Schuengel & Van der Veen, 2000). Het Ouderschapsgesprek is een semi-gestructureerd interview dat ontworpen is om met ouders te kunnen praten over gebeurtenissen en emoties die samenhangen met het ouderschap (zie bijlage 1). Het gesprek is erop gericht om de ouder te leren kennen zoals hij zichzelf ziet in zijn relatie met het kind door de ouder beschrijvingen te laten geven van recente gebeurtenissen die tussen ouder en kind voorgevallen zijn. Ook is het de bedoeling dat de specifieke problemen waar de ouder mee kampt in de opvoeding op tafel komen. Op basis van de informatie die uit het gesprek naar voren komt maken ouder en hulpverlener een plan voor de rest van de behandeling.

Naast deze beeldvorming is het belang van deze fase hierin gelegen, dat met dit gesprek de toon gezet kan worden voor het vervolg van de hulp. De ouder zou na het gesprek het gevoel moeten hebben dat hij problemen in de opvoeding bij de hulpverlener kwijt kan, dat hij met begrip en respect wordt bejegend, en dat hij niet om wat hij vertelt in een hoek wordt geplaatst of een etiket krijgt opgeplakt. Met andere woorden, deze positieve ervaring zou als gevolg kunnen hebben dat de ouder vanaf nu de hulpverlener gaat zien als een veilige basis, op wie hij terug kan vallen.

Om dit alles te bereiken, worden de hulpverleners verschillende hulpmiddelen aangereikt:

1. Het ouderschapsgesprek: de tekst van de vragen, en de toelichting bij de vragen ten behoeve van de afname. Voor het afnemen van het gesprek is een korte training vereist.
2. Algemene aanwijzingen voor het afnemen van het ouderschapsgesprek: het gesprek bevat wel tekst van vragen, en suggesties voor doorvragen, maar elke ouder is anders. Er zijn dus algemene richtlijnen nodig om het gesprek aan te passen zodat het aansluit bij de ouder en men toch een gesprek krijgt dat vergelijkbaar is met de gesprekken die andere hulpverleners voeren.
3. Werken met het ouderschapsgesprek: het gesprek is afgenomen, wat nu? Hiervoor reiken we diverse methodieken aan. Deze staat beschreven in de handleiding voor de ouderbegeleider.

In deze fase wordt ook het behandelcontract vastgesteld. De bedoeling is om tijdens de contractbespreking tot een geïntegreerd plan te komen. Bij deze bespreking zijn de ouders en de mentor aanwezig. Naast dit formele contract, stellen ouder en hulpverlener samen vast aan welke hulpvragen ze gedurende de behandeling gaan werken, middels welke activiteiten en in welke volgorde⁵. Deze onderdelen zullen samengebracht worden in een werkboek voor ouders. Aan het einde van iedere activiteit zullen ouder en hulpverlener samen in dit werkboek een klein verslag schrijven over de behandelde thema's, de voortgang en afspraken voor het vervolg. Op deze manier wordt de hulp inzichtelijk gemaakt voor de ouder en duidelijk gestructureerd. Hoewel het werkboek een houvast geeft om tij-

⁵ Deze activiteiten zullen in paragraaf 6.4 beschreven worden.

dens de begeleidingsgesprekken aan verschillende onderwerpen en thema's te kunnen werken, is het wel van belang om daar flexibel mee om te gaan en goed met de ouder te overleggen waar zijn behoeften en vragen liggen.

Competenties van de hulpverlener

1. Op een adequate manier het ouderschapsgesprek kunnen afnemen
2. Het kunnen aannemen van een open, uitnodigende en niet beoordelende houding
3. Problemen kunnen analyseren
4. Hulpvraag in kaart kunnen brengen
5. Weten over welke competenties hij/zij beschikt en deze duidelijk weer kunnen geven
6. De ouder kunnen activeren en steunen in de aanpak van problemen
7. Handelingsplan op kunnen stellen

Beoogde opbrengsten van fase 2:

Voor de ouder:

- De ouder is over zichzelf als ouder na gaan denken, en heeft zijn sterke en zwakke momenten verwoord.
- De ouder heeft het gevoel gekregen dat er naar hem wordt geluisterd, en dat hij met begrip en respect wordt bejegend

Voor de hulpverlener

- De hulpverlener heeft de ouder leren kennen zoals die zichzelf en het kind ziet (beperkt tot de relatie met het kind)
- De problemen die de ouder bezighouden zijn bekend
- Het behandelcontract is vastgesteld
- Ouder en hulpverlener hebben samen een werkboek samengesteld om mee te kunnen werken

6.4 Fase 3

De metapositie en de werkvloer

De kennismakingsgesprekken en het Ouderschapsgesprek hebben voldoende stof opgeleverd voor de ouderbegeleidingsgesprekken en de concrete activiteiten die in fase 3 plaats zullen vinden. Deze fase kan gestructureerd worden aan de hand van het in fase 2 samengestelde werkboek voor ouder en hulpverlener.

De hulpvraag van de ouder die binnen de methodiek centraal staat is zoals eerder genoemd:

' Help me mijn verantwoordelijkheid als ouder zodanig waar te maken, dat ik me vertrouwd voel in mijn rol als ouder en mijn kind zich veilig weet bij mij.'

Deze hulpvraag kan als het ware onderverdeeld worden in twee thema's te weten: ' Vertrouwd raken en veiligheid bieden' en ' Veiligheid (doen) ervaren' . Om met de ouder aan deze thema's te kunnen werken zal in fase 3 de module ' Ouderbegeleiding' ingezet worden. Voor het kind zal tevens de module ' Dagbehandeling voor kinderen van 0-7 jaar' ingezet worden, maar de start hiervan zal al in fase 1 plaatsvinden. De uitgangspunten van beide modules zullen, gekoppeld aan de twee thema's, in onderstaande besproken worden evenals de verschillende middelen die binnen de module ouderbegeleiding ingezet kunnen worden. Daarnaast kunnen natuurlijk ook andere aanvullende modules ingezet worden als fysiotherapie en/of logopedie, wanneer op deze gebieden ook een hulpvraag ligt.

6.4.1 Vertrouwd raken en veiligheid bieden

6.4.1.1 Ouderbegeleiding en de metapositie

Ouderbegeleiding is volgens de definitie van Alice van der Pas " een methodiek van psychosociale hulpverlening aan ouders die problemen hebben met of zich zorgen maken over een kind, met als eerste doel versterking van de metapositie van de ouder en als uiteindelijke doel het belang van het kind zoals geformuleerd mede op grond van een diagnose" (Van der Pas, 1994, p.155). Het ' kunnen innemen van een metapositie' is een mechanisme dat een basale rol speelt in het vormgeven aan het ouderschap en houdt in, in de ideale omstandigheid, dat de ouder weet wat er in hem en in het kind omgaat en begrijpt waarom hij en het kind zich op een bepaalde manier gedraagt. Gedrag en innerlijke roerselen van het kind kan hij daarbij koppelen aan eigen innerlijke roerselen en gedrag en omgekeerd. Met andere woorden, wanneer er iets misgaat in de opvoeding overziet de ouder wat er is gebeurd, hoe dit zo gekomen is (overzicht) en wat er beter had gekund of hoe het opgelost kan worden (overwicht).

Wanneer wordt uitgegaan van bovenstaande definitie zijn er, aansluitend op de visie op hulpverleners van Xonar, verschillende punten op te merken. Een belangrijke aanname die ten grondslag ligt aan de opvattingen van Van der Pas is dat de ouder een besef van verantwoordelijk-zijn heeft. Dit is voor haar de essentie van het ouderschap en houdt in "een tijdloos en onvoorwaardelijk willen behartigen van de lichamelijke en geestelijke belangen van het kind" (Van der Pas, 1994, p.24). Dit besef van verantwoordelijk-zijn houdt niet in dat ouders hun ouderlijke rol ook op een adequate manier uitvoeren of dat 'houden van' hiervoor een vereiste is. Het heeft echter wel consequenties voor de invulling van de ouderbegeleiding. Het betekent namelijk dat de ouder vanuit dit verantwoordelijkheidsbesef hulp vraagt voor de problemen die met het kind zijn ontstaan. Het kind is het uiteindelijke voorwerp van zorg en de ouder heeft hierbij de rol van consultvragers wat impliceert dat hij gedurende het hulpverleningstraject de eindverantwoordelijkheid over het kind behoudt. Het is daarbij de taak van de ouderbegeleider om zijn kennis en expertise in te zetten ten dienste van de ouder, wat inhoudt dat hij zijn visie en handelen op zo'n wijze expliciteert en verantwoordt dat de ouder begrijpt wat er bedoeld wordt en er zelf een oordeel over kan vellen.

Het uitgangspunt dat ouders een besef van verantwoordelijk-zijn hebben, veronderstelt ook dat de ouderbegeleider het perspectief van de ouder moet kunnen innemen en begrijpt waarom de ouder denkt en handelt zoals hij denkt en handelt. Om dit te kunnen moet de ouderbegeleider als het ware in de schoenen van de ouder gaan staan en 'de ouderbegeleidende positie' innemen (Van der Pas, 2002). Het innemen van 'de ouderbegeleidende positie' houdt echter ook in dat de ouderbegeleider de ouder erkent en respecteert in zijn rol als ouder en in zijn positie van het zich verantwoordelijk weten voor het kind. Binnen deze module is een eerste middel hiertoe het ouderschapsgesprek, wat aan het begin van het hulpverleningstraject met iedere ouder afzonderlijk wordt gehouden. Met dit gesprek wordt een goed beeld verkregen van de wijze waarop de ouder zijn ouderschap beleeft en welke problemen de ouder in relatie tot het kind ervaart. Dit ouderschapsgesprek zet ook 'de toon' voor de ouderbegeleiding. De ouderbegeleider geeft ermee aan dat hij geïnteresseerd is in en aandacht heeft voor de eigen ervaring en beleving van de ouder aangaande zijn ouderschap. Daarbij weet de ouderbegeleider, en geeft daar ook blijk van, dat hij een domein betreedt dat in hoge mate 'privé' is. Het is een domein waarin een ouder, gegeven zijn besef van verantwoordelijk zijn, kwetsbaar is, en zeker in situaties waarin de ouder veelal noodgedwongen een buitenstaander in dit domein moet toelaten. Deze toonzetting zal bij herhaling, ook na het ouderschapsgesprek, afgestemd moeten worden.

Doelstelling

De kern van de ouderbegeleiding richt zich vooral op het ouderschap zelf en hoe deze gestagneerd is geraakt. De ouderbegeleiding zal zich niet in hoofdzaak richten op het zoeken naar praktische oplossingen voor de opvoedproblemen die de ouder met het kind ervaart. De ouder die hulp zoekt is op welke manier dan ook het overzicht en overwicht kwijtgeraakt op de sturing van zijn ouderschap (Van der Pas, 1994). Het is dan ook de taak van de ouderbegeleider om vanuit de ouderbegeleidende positie op zoek te gaan naar antwoorden op vragen als: Welke percepties van het kind bepalen het handelen van de ouder? Welk beeld heeft de ouder van zichzelf als opvoeder waardoor het niet lukt om het kind gerust te stellen in stresssituaties? Wat maakt nu dat de ouder zich zo hulpeloos voelt en waarom ziet de ouder op tegen verandering? En welke angst speelt een rol bij dit opzien tegen verandering? Het samen met de ouders proberen te beantwoorden van deze vragen heeft als belangrijk doel dat de ouder de metapositie (her)innemen kan. Wanneer dit innemen van de metapositie op enigerlei wijze weer hersteld of in gang gezet kan worden, dan betekent dat groei van het ouderschap, waarbij het handelen van de ouder steeds beter in het verlengde komt te liggen van zijn besef van verantwoordelijk-zijn voor dit kind.

In de eerste fase van de ouderbegeleiding zal, in het kader van het thema 'vertrouwd raken en veiligheid bieden', de focus liggen op de eerste twee ontwikkelingsdoelen voor de ouder namelijk: *'innemen van de metapositie'* en *'taakverdeling en steun'*.

Innemen van de metapositie

Binnen het ouderfunctioneren maakt Van der Pas (1996) een onderscheid tussen 'het innemen van een metapositie' en 'de werkvloer'. De metapositie ziet zij als een positie die tussen de werkvloer

en het besef van verantwoordelijk-zijn in staat, namelijk het innemen van een metapositie wordt gevoed vanuit dit besef van verantwoordelijk-zijn en stuurt het handelen van de ouder op de werkvloer. Zolang de ouder zich op metaniveau op zijn gemak voelt kan er op de werkvloer van alles gebeuren, zonder dat de balans tussen ouder en kind verstoord wordt. De ouder bepaalt hoe situaties verlopen en houdt daarbij de regie. Hij ' wordt niet geleid door interactieketens op de werkvloer' (Van der Pas, 1996, p. 155).

Wanneer een ouder problemen heeft met zijn kind, heeft hij problemen in de metapositie, zo stelt Van der Pas. Dit is dan ook waar de ouderbegeleiding zich in eerste instantie op moet richten, want herstel van de metapositie is een voorwaarde om verandering op de werkvloer te bewerkstelligen. Alleen al wanneer de ouder praat over het kind of praat over hoe hij dingen met het kind aanpakt, plaatst dat de ouder in een metapositie, omdat hij als het ware boven de situatie gaat staan. Pas wanneer de ouder de metapositie weer kan innemen, kan hij gaan werken aan verbeteringen op de werkvloer.

Taakverdeling en steun

Opvoeding vindt altijd plaats binnen een sociale context, want opvoeden doet en kan niemand alleen. In dit kader noemt Van der Pas (1996) dan ook dat taakverdeling een mechanisme is dat in een belangrijke mate vormgeeft aan het ouderschap. Een ouder voelt zich in zijn taak als ouder vertrouwd, naarmate hij bij die taak meer steun ondervindt uit zijn directe omgeving. Omgekeerd zal het een ouder makkelijker aangaan die steun te vragen naarmate hij zichzelf vertrouwd voelt in zijn rol als ouder. Om zijn verantwoordelijkheid als ouder waar te kunnen maken is de ouder dus afhankelijk van steun uit zijn omgeving. Dit kan in eerste instantie de partner zijn, maar ook familie en vrienden zijn daarbij belangrijk. Binnen de ouderbegeleiding moet enerzijds dan ook aandacht zijn voor de positie van de ouder binnen zijn netwerk en waar nodig aandacht voor het helpen mobiliseren van steun, het helpen creëren van een sociaal netwerk en vangnet. Anderzijds moet er ook aandacht zijn voor het ontwikkelen van kennis en kunde die de ouder nodig heeft om doeltreffend steun te vragen en van de geboden steun te kunnen profiteren. Met andere woorden, er moet aandacht zijn voor het versterken van de eigen mogelijkheden van de ouder en die van hun omgeving om op deze manier weer vorm te kunnen geven aan de verantwoordelijkheid die het ouderschap met zich meebrengt.

6.4.1.2 Middelen binnen de ouderbegeleiding om aan het ' innemen van de metapositie' en ' taakverdeling en steun' te werken

Zoals gezegd zal in de eerste periode van de behandeling het zwaartepunt voornamelijk liggen op het innemen van de metapositie en taakverdeling en steun. Hiertoe kan gebruikt worden van:

- Video Ouder Begeleiding - metapositie

Het gebruik van de video binnen de ouderbegeleiding is gestoeld op een combinatie van twee theorieën cq methodieken, te weten de methodiek Video Home Training/Video Interactie Begeleiding volgens de Associatie Intensieve Thuisbehandeling (AIT) en de praktijktheorie rondom ouderbegeleiding volgens Alice van der Pas. Het gebruik van de video in deze context zal daarom

Video Ouder Begeleiding (VOB) worden genoemd. De nadruk zal hierbij in de eerste fase van de behandeling komen te liggen op het weer kunnen innemen van de metapositie, waarbij vragen aan bod komen als: Hoe kijk ik als ouder naar mijn eigen handelen? Hoe beleef ik mijn ouder zijn van dit kind? Hoe krijg ik weer een besef van invloed? Deze vorm van werken met de video wordt daarom VOB-metapositie genoemd.

- Vignetten over opvoedingssituaties

Aan het gebruik van vignetten over opvoedingssituaties binnen de ouderbegeleiding ligt het concept parental self-efficacy volgens Bandura (1989) ten grondslag. Bandura omschrijft parental self-efficacy als de mate waarin een ouder denkt dat zijn handelen effect heeft in opvoedingssituaties. Hierbij spelen drie factoren een rol: kennis die de ouder heeft over opvoeding, het vertrouwen dat de ouder heeft in de eigen mogelijkheden om opvoedingstaken uit te voeren en de ideeën die de ouder heeft over de reactie van het kind (Coleman et al., 1997). Ouders met een hulpeloze ouderschapsrepresentatie (de doelgroep van deze methodiek) hebben vaak een beeld van zichzelf als een ouder die faalt ten aanzien van de effectiviteit van zijn eigen handelen. ‘ Deze ouders hebben het idee dat alles wat ze doen er toch niets toe doet, omdat het kind precies doet wat hij zelf wil. Uit onderzoek is gebleken dat, wanneer aan de ouder een fictieve opvoedingssituatie voorgelegd wordt, hij beter in staat is om adequate oplossingen te bedenken, dan in situaties die werkelijk tussen de ouder en zijn kind zijn voorgevallen (Mol, 2004). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ouders in een rustige, meer afstandelijke opvoedingssituatie minder hulpeloosheid ervaren dan in de vaak emotioneel beladen situaties die daadwerkelijk elke dag op de werkvloer voorkomen. Doordat de ouder minder hulpeloosheid ervaart is de ouder ook beter in staat vanuit de metapositie te kunnen kijken en denken, wat de ouder de mogelijkheid geeft zicht te krijgen op de mechanismen die er in de interactie met het kind spelen. Omdat het leren (her)innemen van de metapositie een belangrijk doel is binnen de ouderbegeleiding, zijn 20 verschillende vignetten ontworpen die betrekking hebben op zowel gehechtheidsgedrag als wel op disciplineren (zie bijlage 2). Deze vignetten kunnen een belangrijk aanvullend middel vormen op de oudergesprekken.

- Genogram/sociogram

Om hun verantwoordelijkheid als ouder waar te kunnen maken zijn ouders afhankelijk van steun uit hun omgeving. In eerste instantie is dit hun partner, maar daarnaast ook de groep van familie en vrienden. Omdat ouders deel uitmaken van zo'n netwerk impliceert hulp aan ouders daarom in beginsel aandacht voor de positie van ouders binnen dat netwerk en het (doen) aanwenden of vitaliseren van bronnen van steun die in hun omgeving voor handen is. Een goed hulpmiddel om dit netwerk in kaart te brengen is het maken van een genogram voor wat betreft familierelaties en een sociogram voor het in kaart brengen van relaties met belangrijk derden buiten de familie om.

6.4.2 Veiligheid (doen) ervaren

6.4.2.1 Ouderbegeleiding en de werkvloer

In een latere fase van de ouderbegeleiding zal de focus meer komen te liggen op het tweede thema 'veiligheid (doen) ervaren'. Hierbij zal, naast de aandacht voor de metapositie, meer aandacht zijn voor 'de werkvloer', of anders gezegd komt de focus meer te liggen op het derde ontwikkelingsdoel 'positieve ouderschapservaringen' met de subdoelen 'leiding en bescherming', 'conflicthanting' en 'rolverhouding'.

Van de Pas (1996) verstaat onder de werkvloer de dagelijkse praktijk van het grootbrengen. In die praktijk van het grootbrengen worden een vijftal basisvaardigheden onderscheiden. Deze zijn: veiligheid bieden, verzorgen, zicht houden op het kind, verwachtingen overbrengen op het kind en grenzen stellen. Hoe beter de ouder deze basisvaardigheden beheerst, hoe prettiger de ouder – en daarmee ook het kind- zich zal voelen op de werkvloer. Omgekeerd, het stroef verlopen van één of meer van deze vijf basisvaardigheden kan het innemen van een metapositie bemoeilijken. Omdat herstel van de metapositie een voorwaarde is om veranderingen op de werkvloer te bewerkstelligen wordt daar in de eerste fase van de hulpverlening de nadruk op gelegd. Er is hierbij wel sprake van tweerichtingsverkeer. (Her)innemen van de metapositie kan de uitvoering van de genoemde basisvaardigheden versoepelen. Omgekeerd kan een verbetering in deze vaardigheden bijdragen aan de ervaring - die bij tijd en wijle noodzakelijk is - van geslaagd ouderschap en aldus het (her)innemen van de metapositie versoepelen.

Om de ouder te kunnen ondersteunen in 'het werken op de werkvloer' kan wederom gebruik gemaakt worden van de video, maar ook van verschillende ouder-kind activiteiten. Deze activiteiten kunnen naar eigen idee opgezet en uitgewerkt worden.

6.4.2.2 Middelen binnen de ouderbegeleiding om aan 'positieve ouderschapservaringen' te werken

De volgende suggesties kunnen in dit kader gegeven worden:

- Video Ouder Begeleiding - werkvloer

Zodra ouders vaardig genoeg zijn geworden in het innemen van een metapositie, en zich voldoende gesteund en gehoord voelen, kunnen op een meer directe wijze de opvoedingsproblemen 'op de werkvloer' begeleid worden middels het inzetten van de video. Het belangrijkste doel hierbij is veranderingen te laten plaatsvinden in het werkelijke handelen van de ouders naar hun kinderen. Het gebruik van de video lijkt in deze fase daarom wat meer op Videohometraining (VHT) en wordt VOB-werkvloer genoemd. Het verschil tussen VHT en de VOB-werkvloer is echter dat ook bij de VOB-werkvloer in grote mate aandacht besteed kan worden aan het innemen van de metapositie en het horen en steunen van de ouders. Met andere woorden, er kan hierbij geschakeld worden tussen de werkvloer en de metapositie.

- Ouder-kind gym

De achterliggende idee van ouder-kindgym is gestoeld op de combinatie van twee theorieën te weten: bewegingspedagogiek volgens Veronica Sherborne (zie Moonen, 2003) en het model van ontwikkelingsopgaven volgens Marian Riksen-Walraven (1983).

Middels ouder-kindgym wordt geprobeerd om via de motorische invalshoek, de ouder duidelijk te maken dat zijn kind hem nodig heeft bij de verschillende ontwikkelingstaken die hij moet doorlopen en het kind meer vertrouwen te laten krijgen in de eigen vaardigheden, waardoor het meer initiatief gaat nemen om leerervaringen op te doen.

- Zingen op schoot

‘ Zingen op schoot’ is een methode die ontwikkeld is om de muzikale ontwikkeling van het jonge kind te stimuleren, waarbij samen plezier maken het belangrijkste uitgangspunt is (Albers & Rikhof, 2002).

Middels ‘ Zingen op schoot’ wordt aan ouder en kind de mogelijkheid geboden om samen een positief, ontspannen moment te beleven, wat bijdraagt aan het doorbreken van de negatieve spiraal in de ouder-kindrelatie. Samen plezier beleven, voelen dat het ook leuk kan zijn om iets met je kind te ondernemen en daarmee positieve ouderschapservaringen opdoen, is het belangrijkste doel van de activiteit.

6.4.3 De module leefgroep

De gezinnen die tot de doelgroep behoren bevinden zich in een situatie waarin zowel de ontwikkeling van het kind als de groei van de ouder onder druk is komen te staan of gestagneerd is. Eerder is aangegeven (hoofdstuk 3) dat ouder en kind na verloop van tijd in een negatieve interactiespiraal terecht zijn gekomen. De problematische gedragingen van zowel de ouder als het kind houden elkaar hierbij in stand en versterken elkaar. De focus van de hulpverlening ligt in eerste instantie op het functioneren van de ouder, maar ook aandacht voor de ouder-kindrelatie en het kind apart is van betekenis. Hulp gericht op het functioneren van de ouder en de aandacht voor de ouder-kindrelatie zijn in voorgaande reeds besproken.

Een belangrijke vraag die gesteld kan worden als de hulp zich richt op het kind apart is: Wat legitimeert dagbehandeling als je zegt dat het doel van de methodiek is om de ouder zich weer vertrouwd te laten voelen in zijn rol als ouder en het kind zich weer veilig te laten voelen bij de ouder?

Binnen de ouderbegeleiding krijgen ouders de ruimte om hun eigen ouderschapservaringen in een positiever licht te zien, om positieve ouderschapservaringen op te doen. Vaak is te zien dat men zo vast zit in een negatief proces dat ouders het gevoel hebben dat er geen energie meer over is en dat ze er niet meer in slagen om in de metapositie te komen. Plaatsing van een kind in de dagbehandeling kan dan een tweeledige functie hebben. Het gedeeltelijk overnemen van de dagelijkse zorg voor het kind kan de ouder helpen een negatieve spiraal in zijn/haar verhouding tot het kind te doorbreken.

Daarnaast biedt dit de ouder de mogelijkheid om zijn ervaringen met kind en oordelen over het kind bij

te stellen door ze te delen en uit te wisselen met een ander die zorg draagt voor het kind. Dit legitimeert waarom we vanuit de vraag van de ouder een aanbod doen voor het kind apart.

Er is ook een legitimatie vanuit het kind zelf. De context waarin de dagbehandeling gebeurt, is het opdoen van positieve kindervaringen. Het doel is dat het kind weer veiligheidservaringen op kan doen. Veiligheid is een belangrijke basisconditie om zich te kunnen ontwikkelen en dat is juist de conditie die het meeste onder druk is komen te staan. Het doel voor de dagbehandeling is de juiste ontwikkelingscondities scheppen voor het kind zodanig dat het zich in zijn eigen tempo weer verder ontwikkelt. Het creëren van een veilig klimaat in de groep is daarbij een randvoorwaarde. En voorts, zoals dagbehandeling van het kind de ouder helpen kan een negatieve interactiespiraal te doorbreken, zo kan ook een positieve gedragsverandering van het kind daaraan bijdragen.

6.4.4 Werkbegeleiding

Omdat het werken volgens deze methodiek ten eerste een omslag in attitude vereist (van kindgericht werken naar op een dialooggestuurde manier met ouders werken), maar ook een groot beroep doet op zowel het professionele handelen als op het persoonlijk functioneren van de hulpverlener, is het heel belangrijk om werkbegeleiding in te zetten. Het lijkt daarbij goed om vanuit een vast pakket/aanbod te werken, waarbij gekeken wordt naar wat groepsleiding nodig heeft, per team/individu/per fase. De werkbegeleiding zal zich richten op twee gebieden, namelijk werken met de ouder en werken met het kind op de leefgroep.

6.4.4.1 Werkbegeleiding met betrekking tot het werken met de ouder

Hierbij gaat het om kennis en vaardigheden omtrent zaken als meervoudige partijdigheid. Hoe ga je als hulpverlener om met eigen gevoelens omtrent ouders die hun kinderen onheus bejegenen. Het is belangrijk dat de groepsleiding zich bewust is van eigen opvatting/oordeel over het gedrag van de ouder en in staat is te bepalen hoe zij zich hierdoor laat leiden. Het is belangrijk met de ouder in gesprek te komen waarom ze doen zoals ze doen (en de achterliggende mechanismen hiervan) en van daaruit te gaan kijken naar welke hulp nodig is. Ouders beslissen zelf waar ze mee aan de slag willen. Het is heel moeilijk om met de ouder hierover in gesprek te raken; je wilt de ouder niet kwetsen/veroordelen, maar je wilt ook het belang van het kind dienen. Om uit die spanning te komen is het van belang dat men zich realiseert dat een ouder eronder kan lijden dat hij zijn kind te kort doet. Dit betekent ook begeleiding in de overgang van werken in de groep naar werken met ouders. Groepsleiding moet zich zowel in het kind als de ouder in kunnen leven en daarnaast de eigen identiteit overeind houden. Zoals eerder gezegd is het ontwikkelen van een werkrelatie van cruciaal belang. Ouderbegeleiding is een van de instrumenten om dit mogelijk te helpen maken.

Belangrijke thema's in de werkbegeleiding zullen zijn:

- Hoe leer jij onder ogen te zien wat voor *jou* moeilijk is in de ouderbegeleiding;
- Begrijpt de ouder dat jij begrijpt wat hem als ouder bezighoudt;
- Hoe kun je dit zo te hanteren dat je met de ouder in dialoog kunt komen.

6.4.4.2 Werkbegeleiding met betrekking tot het werken met de kinderen op de groep

Kinderen waarbij sprake is van een verstoorde gehechtheid zullen vaak probleemgedrag vertonen en veel van groepsleiding vragen. Groepsleiding zou daarom de houding moeten ontwikkelen ‘ wat is er met je dat.....’ , dus achter het gedrag van het kind kijken. Een valkuil is dat groepsleiding de betere ouder voor het kind probeert te zijn, en dan gaat compenseren en rivaliseren. Dit betekent echter dat ze aan de kant van het kind gaan staan, maar ook dat het kind overweldigd kan raken door al die affectie. Het kind weet niet hoe daarmee om te gaan.

Belangrijke thema's in de werkbegeleiding zullen zijn:

- Wat doet het kind met jou: Dit is een wisselwerking; enerzijds komt dit vanuit de groepsleiding persoonlijk, maar het wordt anderzijds ook door het kind opgeroepen. In de groep vinden er herhalingen van vertrouwde relatiepatronen plaats. Een kind herhaalt patronen van thuis die het gewend is, maar heeft het nodig dat deze soms door de groepsleiding doorbroken worden. Maar ook professionals kunnen in hun relatie met hun cliënten, in dit geval een kind, eigen oude vertrouwde patronen herhalen, zonder dit te beseffen. Het is van belang zich van beide herhalingen bewust te zijn. Het is belangrijk om dit naast wat de ouder vertelt over het kind te leggen, en wat dit kind met hen doet. Van daaruit kun je samen gaan kijken naar wat je hiermee kunt. Het is belangrijk de vicieuze cirkel te doorbreken; wat gaan we doen aan het aandeel dat de ouder levert en wat gaan we op de groep doen aan het aandeel dat het kind levert. Deze twee kunnen d.m.v. video-opnames aan elkaar verbonden worden.
- Kunnen bieden van sensitiviteit. Dit niet verwarren met warmte. Teveel warmte is ongepast en geeft verwarring (rolverwarring)

Competenties van de hulpverlener

1. Handelingsplan uitvoeren en bijstellen in dialoog met ouders
2. Samenwerken met ouders
3. Cliëntgerichtheid en systeemgerichtheid
4. Integriteit
5. Flexibiliteit
6. Transparant werken
7. Samenwerken met andere disciplines
8. Basiskennis over opvoeding en de ontwikkeling van kinderen
9. Creëren van een veilig groepsklimaat

Beoogde opbrengsten van fase 3

Voor de ouder:

Innemen van de metapositie

- De ouder kan reflecteren op concrete opvoedingssituaties/problemen
- Kennis over opvoeding en ontwikkeling van het kind is toegenomen

Taakverdeling en steun

- De ouder ervaart sociale steun in zijn directe omgeving
- De ouder weet (in)formele steun te mobiliseren

Positieve ouderschapservaringen

- Opvoedingsvaardigheden van de ouder zijn toegenomen
- De ouder biedt het kind veiligheid

Voor het kind:

Exploratie:

- De ontwikkeling van het kind is weer op gang gebracht

Differentiatie

- Het vertrouwen in volwassenen is hersteld
- Het onderkent en vermijdt gevaarlijke situaties
- De zelfregulatie bij het kind is toegenomen

Rolverhouding

- Het kind is zich meer veilig gaan voelen/heeft meer veiligheid ervaren bij de ouder

6.3 Fase 4

Gestructureerd vraaggesprek: “ Hoe is het nu om ouder te zijn van ...?”

Aan het eind van de behandeling wordt het ouderschapsgesprek herhaald. Dit gesprek dient als toets voor de positieve verandering die zou moeten plaatsvinden in het beeld dat de ouder heeft van zichzelf als ouder. Gebieden waarop de ouder nog steeds problemen ervaart kunnen worden geïdentificeerd. Mogelijke uitkomsten: opnieuw naar fase 3 aan de hand van specifieke aandachtspunten. Samen met de ouder wordt bepaald welke thema's nog aandacht behoeven en middels welke activiteiten dit gedaan zal worden. De andere mogelijkheid is door naar fase 5, waarbij de behandeling afgebouwd kan worden.

Beoogde opbrengsten van fase 4:

- Er is zicht gekomen op de verandering die heeft plaatsgevonden in het beeld dat de ouder heeft van zichzelf in zijn rol als ouder
- Het is duidelijk geworden of de ouder nog hulpvragen heeft waar hij aan zou willen werken en met welke middelen

6.4 Fase 5

Afbouw en nazorg

In deze fase vindt de zogenaamde transitie plaats van hulpverlening naar het zelfstandig functioneren van het gezin binnen het eigen sociaal netwerk. Tevens zal er voor het kind een transitie plaatsvinden van behandeling op de leefgroep naar een onderwijssetting.

Het uitgangspunt van de methodiek is dat de ouder zich (weer) vertrouwd voelt in zijn rol als ouder. Echter, niet van elke ouder kan eenzelfde mate van 'het zich weer vertrouwd voelen in zijn rol als ouder' verwacht worden. Met andere woorden, het uitgangspunt van de hulp moet nooit een streven naar 'de ideale ouder' zijn, maar naar 'het beste kunnen van deze ouder binnen zijn sociale context'. Wanneer binnen de hulp gerealiseerd wordt dat een sociaal netwerk rondom de ouder gemobiliseerd is en de ouder zich door deze mensen gesteund voelt en hen om hulp en ondersteuning kan en wil vragen, dan is al heel veel bereikt.

Naast het directe sociale netwerk is er echter ook nog een maatschappelijk vangnet waar de ouder een beroep op kan doen als het consultatiebureau, kinderopvang, kinderbijslag en jeugdhulpverlening. Het is belangrijk dat de ouder weet hoe hij deze wegen kan bewandelen, maar ook dat hij vertrouwen heeft gekregen in de steun die deze bronnen kunnen bieden en niet in de laatste plaats dat de ouder heeft ervaren dat hij daarbij in zijn ouderschap gerespecteerd wordt. Gedurende het hulpverleningsproces zal de ouderbegeleider hiertoe de mensen vanuit het netwerk actief bij de behandeling moeten betrekken. Hoewel de focus van de begeleiding ligt op de rol van ouder als opvoeder, laat dat onverlet dat er ook problemen kunnen zijn op andere gebieden en in andere rollen. Te denken valt daarbij aan werkeloosheid, financiële problemen en relatieproblemen. De ouderbegeleider zal daarom de ouder ook moeten ondersteunen in het leren aanboren van maatschappelijke steunbronnen en wanneer noodzakelijk helpen bij een doorverwijzing naar andere vormen van hulpverlening.

In de afbouwfase van de hulpverlening zal er een transitie plaats moeten vinden van hulpverlening naar het sociaal netwerk. De ouderbegeleider zal hierbij geleidelijk aan steeds een stapje terug moeten doen, waarbij het sociaal netwerk steeds een stapje belangrijker wordt, tot het punt dat de ouder met hulp van zijn netwerk zijn rol als ouder weer op een adequate manier kan vervullen. Parallel hieraan zal een transitie moeten plaatsvinden voor het kind, namelijk de transitie van dagbehandeling op de leefgroep naar een onderwijssetting. Hiertoe zal de ouderbegeleider nauw moeten samenwerken met de onderwijsinstelling om de overgang voor alle partijen zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Hoewel de hulpverlening afgerond wordt is het wel van belang de ouder een gevoel mee te geven dat de hulpverlener als veilige basis op de achtergrond aanwezig blijft (Byng-Hall, 1995). Door middel van concrete maatregelen, zoals bijvoorbeeld follow-up bezoeken, blijft deze veilige basis voor langere tijd gehandhaafd. Vaak is alleen al het besef bij ouders dat er een 'vangnet' beschikbaar blijft voor hen belangrijker dan de daadwerkelijke contacten.

Competenties van de hulpverlener

1. Kunnen begeleiden van het transitieproces
2. Kunnen afronden van een hulpverleningscontact

Beoogde opbrengsten van fase 5:

- De doelen vanuit het behandelcontract zijn behaald en de hulp kan worden afgesloten
- Er is een goede vervolgplek voor het kind
- Zo nodig zijn ouders doorverwezen naar andere vormen van hulpverlening

7. Voorwaarden voor een succesvolle implementatie van de methodiek

Uit de eerste ervaringen vanuit de praktijk is gebleken dat, om de implementatie van de methodiek binnen een jeugdzorginstelling succesvol te kunnen laten verlopen, er aan verschillende organisatorische- en inhoudelijke voorwaarden moet worden voldaan. Deze voorwaarden zullen in onderstaande beschreven worden.

7.1 Voorwaarden op organisatorisch niveau

Er is voldoende draagvlak binnen de organisatie.

De eerste belangrijke voorwaarde is dat er door mensen op sleutelposities, organisatiebreed draagvlak gecreëerd moet worden onder de medewerkers om volgens de visie van dialoogsturing te gaan werken. Nog idealer is de situatie waarin de wens en de behoefte hiertoe leven bij de directe hulpverleners, en zij in het realiseren van de benodigde omwenteling begeleid en ondersteund willen worden door werkbegeleiders en management. Draagvlak krijgen is cruciaal, omdat het leren werken volgens deze principes en de daarmee gepaard gaande omslag in attitude veel inzet en energie van de medewerkers vereist. De medewerkers zullen daarom eerst de winst die het dialooggestuurd werken hen oplevert moeten inzien, om de motivatie te hebben om zich in te zetten en open te staan voor een nieuwe manier van werken.

De implementatie van de methodiek ‘behandeling van verstoorde gehechtheid’ kan gezien worden als een vorm van specialisatie binnen de organisatie, omdat hierbij geleerd wordt dialooggestuurd te werken bij een specifieke doelgroep. Het moet echter voorkomen worden dat het team dat volgens de methodiek gaat werken door deze specialisatie een geïsoleerd onderdeel binnen de organisatie wordt en daarmee onbedoeld een exclusieve status krijgt. Dit kan onder andere bereikt worden door de deskundigheidsbevordering die nodig is voor de implementatie breder in te zetten dan enkel voor de hulpverleners die volgens de methodiek gaan werken. Hierdoor kan tevens een zogenaamde ‘kruisbestuiving’ plaatsvinden, omdat deze deskundigheidsbevordering de andere teams zal aanzetten om de eigen manier van hulpverleners kritisch tegen het licht te houden. De achterliggende visie van de methodiek, namelijk oudergericht en dialooggestuurd werken, is immers een visie die breed uitgedragen kan worden en is daarmee ook toepasbaar bij andere doelgroepen.

Zorg voor een stuurgroep die het implementatietraject kan leiden:

Een andere voorwaarde voor een succesvol implementatietraject is dat er een stuurgroep moet zijn die het implementatietraject kan leiden. Hiertoe is het van belang om vooraf vast te stellen welke taken en verantwoordelijkheden de verschillende leden binnen het traject hebben. Het is wenselijk dat de leden tevens beslissingsbevoegdheid krijgen in de uitvoering van deze taken en verantwoordelijkheden. Met het in het leven roepen van een dergelijke stuurgroep wordt voorkomen dat de verantwoordelijkheid voor het implementatietraject ‘opgehan-

gen' wordt aan één persoon, waardoor de continuïteit van de implementatie beter gewaarborgd blijft. Belangrijke taken die de stuurgroep heeft kunnen als volgt omschreven worden:

- Zorgen voor een goed evenwicht tussen de ideale hulpverleningssituatie zoals beschreven in de methodiek en de realiteit van de mogelijkheden binnen de organisatie. Vooraf moet daarom in kaart gebracht worden hoeveel middelen er beschikbaar zijn om de deskundigheidsbevordering in te zetten die nodig is om oudergericht en volgens de principes van dialoogsturing te leren werken. Daarnaast moeten er middelen beschikbaar zijn om daadwerkelijk deze hulp te kunnen bieden. Te denken valt daarbij aan de inzet van extra uren voor ouderbegeleiding. Deze afweging vooraf is belangrijk om teleurstellingen achteraf te voorkomen.
- Het maken van een concreet implementatieplan, waarin fasering en tijdspanne omschreven staan. Dit is van belang om de implementatie gestructureerd te laten verlopen, waarbij het voor alle medewerkers duidelijk is wat er van hen verwacht wordt.
- Vaststellen van een competentieprofiel voor de groepsleider/ouderbegeleider. Hierin moeten de benodigde competenties zoals kennis, vaardigheden en attitude beschreven staan. Deze competenties moeten bij de medewerker in de basis aanwezig zijn en kunnen verder uitgebouwd worden middels deskundigheidsbevordering. Naast deze competenties is affiniteit met de doelgroep en de gevraagde manier van werken een belangrijk criterium. Het hele implementatietraject vraagt een hoge mate van inzet en energie van de groepsleider. Er zal dan ook een beroep gedaan worden op persoonlijkheidskenmerken die vereist zijn voor iedere groepsleider, maar extra gevegd worden van groepsleiding die volgens de methodiek gaat werken namelijk stressbestendigheid, creativiteit en flexibiliteit. Wanneer hij/zij de benodigde competentie of affiniteit niet heeft, kan dat ongewenste gevolgen hebben voor zowel de medewerker zelf als voor zijn team.

Er moet ruimte zijn voor flexibiliteit in de organisatie van de zorg:

Voor een succesvolle implementatie kan het nodig zijn om af te wijken van bestaande, vaste patronen als groeps grootte en openingstijden van de groep. Zo is het gebleken dat het bieden van hele dagen groepsbehandeling niet goed te combineren valt met het bieden van intensieve ouderbegeleiding in de thuissituatie, omdat de tijd die na de dagbehandeling overblijft voor huisbezoeken te kort is. Daarnaast is gebleken dat het plaatsen van acht kinderen met gehechtheidsproblematiek binnen een groep te complex is, doordat een veilig groepsklimaat niet gewaarborgd kan worden en er onvoldoende tijd is om de kinderen de individuele aandacht te geven die ze nodig hebben. Er moet daarom binnen de organisatie voldoende flexibiliteit en ruimte zijn om de zorg op zodanige wijze te organiseren dat aan beide onderdelen van de methodiek recht wordt gedaan en de kwaliteit ervan gegarandeerd kan worden.

Zorg voor goede externe communicatie met Bureau Jeugdzorg en verwijzers:

Goede communicatie met BJZ en verwijzers is van belang, omdat zij niet alleen op de hoogte moeten zijn van het bestaan van deze hulpverleningsvorm, maar ook precies moeten weten voor welke gezinnen het bedoeld is, hoe de methodiek opgebouwd is en wat de achterliggende ideeën en theorieën zijn. Enkel wanneer deze externe instanties goed geïnformeerd zijn kunnen zij op een adequate manier doorverwijzen en kan BJZ de juiste indicatie stellen. Tevens kan BJZ ouders al in een vroeg stadium informeren over wat de geïndiceerde hulp voor hen zal gaan inhouden. Ouders weten dan ook beter wat ze kunnen verwachten, wanneer ze voor een kennismaking naar de instelling komen.

7.2 Voorwaarden op inhoudelijk niveau

Er moeten voldoende middelen beschikbaar zijn voor deskundigheidsbevordering.

Voor het succesvol kunnen implementeren van de methodiek is het belangrijk dat er voldoende middelen binnen de organisatie beschikbaar zijn om de hulpverleners deskundigheidsbevordering te geven, waarin hen geleerd wordt om oudergericht en volgens het paradigma van dialooggestuurde hulpverlening te kunnen werken. Hierbij gaat het met name om een cursus Ouderbegeleiding volgens de praktijktheorie van Alice van der Pas (gericht op zowel theoretische uitgangspunten als wel het oefenen van vaardigheden), een cursus Video Interactie Begeleiding en een training 'Werken met het Ouderschapsgesprek'. Deze deskundigheidsbevordering is vooral belangrijk, omdat binnen de nieuwe methodiek veel meer vanuit de ouderpositie gedacht wordt dan men bij de reguliere MKD-behandeling gewend is. Om werkelijk oudergericht en dialooggestuurd te kunnen werken zullen de hulpverleners een omslag in attitude moeten maken. Terugkomdagen waarbij aan de hand van casuïstiek vanuit de praktijk verder gesproken kan worden over de concrete toepassing van deze principes bij deze specifieke doelgroep, is daarbij een grote meerwaarde gebleken. Wenselijke onderdelen voor deskundigheidsbevordering zijn specialisatiedagen over oa. de gehechtheidstheorie en over het werken met kinderen met gehechtheidsproblemen.

Naast dialooggestuurd werken met ouders moet er ook aandacht zijn voor dialoogsturing binnen het team en binnen de organisatie. Dit is belangrijk omdat een veilig werkklimaat tussen teamleden onderling, maar ook tussen groepsleiding en behandelcoördinator en groepsleiding en management, waarin openlijk kan worden gesproken over wat een ieder bezighoudt cruciaal is voor het welslagen van de implementatie van de methodiek.

Er moeten voldoende middelen beschikbaar zijn voor het inzetten van werkbegeleiding.

Om na deze deskundigheidsbevordering de omslag in attitude verder te kunnen begeleiden en bestendigen is een goede, en frequente werkbegeleiding voor de groepsleiders/ouderbegeleiders onontbeerlijk. Het is daarbij van belang dat de werkbegeleider zelf ook de deskundigheidsbevordering heeft gevolgd om verschillen in visie en verschillen in concretisering van de geleerde principes te voorkomen. De werkbegeleiding moet gericht zijn op zo-

wel het werken met ouders als wel op het werken met het kind in de groep, waarbij groepsleiding niet alleen gestimuleerd wordt om kritisch en met afstand naar het eigen functioneren te kijken maar ook om zicht te krijgen op valkuilen, eigen persoonlijke ervaringen en opvattingen die een belemmering kunnen vormen in het werken met deze specifieke gezinnen. Wenselijk zou zijn om de werkbegeleiding zowel individueel te geven om te kunnen focussen op de persoonlijke ontwikkeling van de groepsleider als wel op intervisieniveau om als team van elkaar te kunnen leren.

Geraadpleegde bronnen

Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. Caldwell & H. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (3rd ed., pp. 1-94). Chicago: University of Chicago Press.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Albers, M. & Rikhof, R. (2002). *Muziek tussen schoot en school: muziek met het jonge kind in gezin en groepsverband*. Haarlem: De Toorts.

Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: SWP.

Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.

Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S. S., Smyke, A. T., Scheeringa, M. S., Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 568-577.

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19-52.

Bowlby, J. (1984). *Attachment and Loss: Volume 1: Attachment*. Penguin Books London.

Brunnquell, D., L. Crichton & B. Egeland (1981). Maternal personality and attitude in disturbances of child rearing, *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 680-691.

Byng-Hall, F.R.C. (1995). Creating a secure family base: some implications of attachment theory for family therapy, *Family Process*, 1, 45-58

Cassidy, J., Marvin, R.S. & Mac Arthur Working Group on Attachment (1992). *Attachment organization in three- and four-year-olds: Procedures and coding manual*. Unpublished coding manual, Pennsylvania State University.

Coleman, P.K. & Karraker, K.H. (1998). Self-efficacy and parenting quality; Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.

Crittenden, P.M. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.) *Clinical implications of attachment*, 136-174, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dix, Th. (1992). Parenting on behalf of the child: empathic goals in the regulation of responsive parenting, in: Sigel, I.E., A.V. McGillicuddy-Delisi & J.F. Goodnow (eds.) (1992). *Parental belief systems; the psychological consequences for children*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale.

Frances, A. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, fourth edition*, Washington DC: American Psychiatric Association.

George, C. (1996). Caregiving Interview. Department of Psychology, Mills College, Oakland, CA.

George, C & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-216.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment and Human Development*, 4, 107-124.

Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14, 547-583.

Mol, C. (2004). *Wat doen gedragsproblemen met het beeld dat ouders van zichzelf hebben?* Doctoraal-scriptie, Vrije Universiteit Amsterdam

Moonen, W. (2003). Bewegingspedagogiek volgens Sherborne. Interne publicatie Xonar Limbricht.

Newberger, C.M. (1980). The cognitive structure of parenthood; the development of a descriptive measure, in: R.L. Selman & R. Yando (eds.), *Clinical-developmental psychology. New directions of child development: clinical developmental research, No. 7*, Jossey-Bass: San Francisco.

Pas, A. van der. (1994). *Ouderbegeleiding als methodiek. Handboek methodische ouderbegeleiding 1*. Rotterdam: AD. Donker.

Pas, A. van der. (1996). *Naar een psychologie van Ouderschap. Handboek methodische ouderbegeleiding 2*. Rotterdam: AD. Donker

Pas, A. van der. (2000). *Handboek methodische ouderbegeleiding: 4. Aanmelding en onderzoek*. Rotterdam: AD. Donker.

Pontier, C. (2002). *Het zal je baas maar wezen*. Bijdrage aan studiedag Vraaggericht werken gehouden in Rotterdam

Riksen-Walraven, J.M.A. (1983). Gehechtheid. *Kind en Adolescent: tijdschrift voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie*, 1, Van Loghum Slaterus.

Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 54-63.

Schuengel, C. & Van der Veen, M. (2000). Nederlandse vertaling en bewerking van het Caregiving Interview. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Schuengel, C., De Schipper, C. & Sterkenburg, P. (2003). Hechtingsstoornissen en verstoorde gehechtheid. in: S. Colijn, E.C.A. Collumbien, G. Lietaer, R.W. Trijsburg (eds.) *Handboek voor Integratieve Psychotherapie* (VI 8.1: 1-24) Utrecht: De Tijdstroom.

Solomon, J., George, C. & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school. *Development and Psychopathology, 7*, 447-464.

Thoomes-Vreugdenhil, A. (1999). *Relationeel gestoorde jongeren: een onderscheid in verwaarlozingsproblematiek en een behandelingsvoorstel*. Amsterdam: Proefschrift Vrije Universiteit

Van IJzendoorn, M. H. (1994). *Gehechtheid van ouders en kinderen: Intergenerationele overdracht van gehechtheid in theorie, (klinisch) onderzoek en gevalsbeschrijvingen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

Zeanah, C. H. (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders in infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 42-52.

Zeanah, C.H., Mammen, O.K. & Lieberman, A.F. (1993). Disorders of attachment, in: C.H Zeanah (eds). *Handbook of Infant Mental Health*. New York/London: Guilford Press.

Bijlage 1: Het Ouderschapsgesprek

Ouderschapsgesprek

Caregiving Interview, 1996

C. George

Department of Psychology
Mills College, Oakland, CA 94613

J. Solomon

Judith Wallerstein Center for the Family in Transition
Berkeley, CA

Nederlandse vertaling en bewerking:

C. Schuengel & M. van der Veen, 2000

Aanwijzingen voor de afname van het interview zijn gedeeltelijk gebaseerd op het AAI-protocol (George, Kaplan & Main, 1996)

Hetgeen tussen [rechte haken] staat, is van belang wanneer het interview voor onderzoek wordt gebruikt, Bij gebruik van het interview in wetenschappelijke studies is het streven interviewers op ongeveer gelijke wijze te laten reageren op vragen die respondenten naar aanleiding van het interview kunnen stellen. Suggesties voor toelichting wanneer de respondent daar tijdens het interview expliciet om vraagt:

“ Ik hoef toch geen antwoord te geven, ik ben het toch niet verplicht?”

Natuurlijk is uw deelname vrijwillig, en u hoeft niet overal op te antwoorden. We hopen dat u toch probeert zoveel mogelijk te vertellen, omdat uw antwoorden van (groot) belang zijn voor ons onderzoek.

“ Waarom vraagt u dit?”

We willen graag weten hoe u dit ervaart, omdat sommige ouders hier anders over denken dan andere.

“ Waarom wilt u dit allemaal over mijn kind en mijzelf weten?”

Het is belangrijk om meer te weten te komen over hoe het is om een ouder te zijn, en om te leren hoe mensen hun relatie met hun kind ervaren. Dit kan per persoon verschillen en wij zijn geïnteresseerd in uw persoonlijke ervaringen.

“ Ik vind het moeilijk!”

Probeer toch te bedenken wat u zou willen zeggen. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Ik ben benieuwd naar uw mening.

Opening

Ouders maken veel verschillende situaties met hun kinderen mee en we horen daar van hen vaak interessante verhalen over. Ik zou vandaag graag van jou horen wat je zoal meemaakt met je kind, hoe het voor jou is om ouder te zijn van (kind). Ik wil me optimaal concentreren op luisteren en me proberen voor te stellen hoe dat dan gaat bij jullie thuis. Daarom neem ik het ook op met het apparaat. Je zult merken dat ik vaak naar voorbeelden ga vragen. Dat is omdat ik echt door jouw ogen voor me wil zien wat er nou werkelijk gebeurt. De reden daarvan is dat wanneer ik goed kan begrijpen wat er gebeurde in die situatie, het voor mij ook een stuk makkelijker is om te begrijpen wat het voor jou als ouder betekent. Begrijp je wat ik bedoel?

1

Laten we beginnen. Kunt u mij wat over uw gezin vertellen? Wie maken er deel van uit en hoe oud zijn uw kinderen?

2

Laten we ons richten op hoe het voelt om (kinds) vader/ moeder te zijn.

Wat voor beschrijving zou u geven van uzelf als ouder?

- Alternatief: “ Wat voor soort ouder bent u?” .

2a

Waarom beleeft u als ouder van (kind) het meeste plezier?

Kunt u een voorbeeld geven van een situatie kort geleden dat u zich blij voelde met (kind)?

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

2b

Wat vindt u als ouder van (kind) het meest pijnlijk of moeilijk?

Kunt u een voorbeeld geven van een situatie met (kind) die pijnlijk of moeilijk was?

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

Indien nodig: **Hoe heeft u de situatie aangepakt?**

2c

Heeft u wel eens het gevoel dat u als ouder tekort komt?

Met ‘ tekort komen’ wordt hier bedoeld ‘ iets nodig hebben als individu’ . Het is niet de bedoeling dit voor de ouder zo te omschrijven, tenzij de ouder er niets bij kan bedenken.

Wanneer de ouder zelf met een omschrijving komt, ga daar dan in mee.

Vertelt u eens over een situatie waardoor u zich pas geleden zo voelde.

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

Hoe gaat u om met deze gevoelens?

2d

Bent u ooit boos geweest op (kind)?

- Alternatief: “ Raakt u wel eens geïrriteerd door (kind)?”

Indien nodig: **Vertelt u eens over een situatie waardoor u pas geleden écht boos was op (kind)/ waarbij (kind) u irriteerde.**

Het doel van deze vraag is situaties te ontdekken waarin de ouder boos wordt op het kind. Sommige ouders zeggen nooit boos te zijn op hun kind. De boze gevoelens die ze hebben komen voort uit andere situaties zoals werk, partnerrelatie etc. Ga hier op door, maar kom daarna terug op de oorspronkelijke vraag: ‘Raakt u wel eens geïrriteerd door (kind)?’. Zo maak je duidelijk dat je geïnteresseerd bent in situaties met betrekking tot het kind.

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

2e

Heeft u zich wel eens erg schuldig gevoeld ten opzichte van (kind)?

Alternatief: “ Heeft u wel eens erg spijt gehad van iets dat te maken had met (kind)?”

Kunt u zich een situatie van pas geleden herinneren, waarbij u zich erg schuldig voelde over iets dat te maken had met (kind)? (waarbij u spijt had)

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

2f

Als u zich zorgen maakt om (kind), waarover maakt u zich dan de meeste zorgen?

Kunt u een voorbeeld geven van een keer, pas geleden, dat u zich zorgen maakte om (kind)?

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

2g

Wanneer voelt u zich zelfverzekerd als ouder van (kind)?

- Alternatief: “ Wanneer heeft u vertrouwen in uzelf als ouder van (kind)?” of “ Wanneer bent u zeker van uw zaak?” .

Kunt u mij over een recente situatie vertellen, toen u zich zo voelde?

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

3

Laten we ons nu richten op uw relatie met (kind). Neem even de tijd om na te denken over u en (kind). Ik wil u vragen om vijf kenmerken te noemen van uw relatie met (kind). Ik zou graag willen dat u beschrijft hoe het voelt om samen te zijn. Denkt u daarom aan de momenten waarop jullie samen zijn. Ik kan mij voorstellen dat u even tijd nodig heeft om na te denken, dus neemt u rustig de tijd. Straks zal ik u vragen waarom u deze woorden heeft gekozen. Terwijl u ze noemt, schrijf ik ze even op.

- Als een stilte valt: Ik kan me voorstellen dat het moeite kost, neem er rustig de tijd voor. Eventueel: Zeg maar wat er bij u op komt.
- Bij een stagnatie na enkele, maar minder dan vijf kenmerken: We hebben er nu...(het juiste aantal). Ik stel voor dat we deze even bespreken en dan komen er misschien nog wel meer naar boven.
- Als minder dan vijf kenmerken werden genoemd: We hebben er nu...(juiste aantal) gehad. Zijn u intussen misschien nog meer kenmerken te binnen geschoten?

Voor ieder woord: **U gebruikte het woord..... Kunt u een voorbeeld geven waaruit blijkt dat.....?**

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

3a

Kunt u uit de afgelopen week een moment beschrijven dat het echt klikte tussen u en (kind)?

- **Alternatief: " Toen jullie heel goed met elkaar omgingen?" .**

Kunt u mij wat (meer) over dat moment vertellen?

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

3b

Kunt u nu een moment beschrijven toen het vorige week helemaal niet klikte tussen u en (kind)?

- Alternatief: “ Toen jullie helemaal niet goed met elkaar omgingen?” .

Kunt u mij wat (meer) over dat moment vertellen?

(probeer voor zover mogelijk een beschrijving te krijgen met interacties: wat gebeurde er? Wat deed het kind? Hoe reageerde de moeder? Wat deed het kind toen? Wat deed de moeder toen?)

3c

Zijn er wel eens gebeurtenissen geweest waardoor u voelde dat uw relatie met (kind) achteruitging?

Kunt u uitleggen waardoor (...) een terugslag was?

Het is belangrijk de details van de situatie te verkrijgen. De ouder kan bij deze vraag een situatie uit het verleden beschrijven. Zorg ervoor dat je een duidelijk beeld krijgt wanneer deze situatie zich heeft voorgedaan en hoe oud het kind toen was.

3d

Ouders merken vaak overeenkomsten op tussen hun kinderen en zichzelf. In welk opzicht vindt u dat (kind) op u lijkt?

Hoe is deze gelijkenis van invloed op jullie relatie, denkt u?

Vraag indien nodig door zodat de aard van de gelijkenissen duidelijk in beeld zijn gebracht.

3e

En in welk opzicht verschilt (kind) met u?

Hoe is dit van invloed op uw relatie met (kind)?

Vraag indien nodig door zodat de aard van de verschillen duidelijk in beeld zijn gebracht.

4

Wat hoopt u dat (kind) geleerd heeft van zijn/ haar ervaringen met u als zijn/ haar ouder?

Bijlage 2: Vignettes over opvoedingssituaties

Situaties mbt gehechtheidsgedrag

1. U gaat een avondje uit en heeft een lieve oppas geregeld voor uw zoon/dochter. Net als u wilt weggaan begint uw zoon/dochter te huilen. U wilt uw kind zo niet achterlaten en probeert hem/haar weer rustig krijgen.

Vraag: Wat doet u om uw zoon/dochter weer rustig te krijgen?

2. Midden in de nacht wordt uw zoon/dochter huilend en overstuur wakker. Misschien heeft hij/zij een nachtmerrie gehad. U wilt uw zoon/dochter weer rustig krijgen, zodat hij/zij weer lekker verder kan slapen.

Vraag: Wat doet u om uw zoon/dochter weer rustig te krijgen?

3. De haren van uw zoon/dochter moeten geknipt worden. U neemt hem/haar mee naar de kapsalon. In de kapsalon wil uw zoon/dochter maar niet stilzitten en kijkt doodsbang als de kapper eenmaal met de schaar aankomt. Snel glipt hij/zij van de stoel af. U wilt echter wel dat de haren van uw kind geknipt worden.

Vraag: Wat doet u om uw zoon/dochter zover te krijgen dat hij/zij rustig op de stoel blijft zitten?

4. Uw zoon/dochter is al sinds enige tijd zindelijk. Nu komt hij/zij naar u toe met een poepbroek. Hij/zij lijkt daar erg van geschrokken te zijn. Het huilen staat hem/haar nader dan het lachen. U wilt graag dat uw kind zich weer prettig gaat voelen.

Vraag: Wat doet u om uw zoon/dochter zich weer prettig te laten voelen?

5. U bent met uw zoon/dochter in de speeltuin. Alle kinderen zijn druk aan het spelen en hebben veel plezier. Uw zoon/dochter lijkt bang te zijn om van de glijbaan te gaan of te schommelen en blijft van een afstand toekijken. U wilt graag dat hij/zij ook plezier heeft en niet bang is.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat uw zoon/dochter ook plezier heeft?

6. Uw zoon/dochter moet naar de tandarts voor een controle. Samen zit u in de wachtkamer. Wanneer uw zoon/dochter aan de beurt is wil hij/zij niet naar binnen en begint te huilen. Hij/zij is bang. U wilt hem/haar graag geruststellen.

Vraag: Wat doet u om uw zoon/dochter gerust te stellen?

7. Uw zoon/dochter heeft al een week last van hoestbuien. U gaat daarom met hem/haar naar de dokter. Wanneer de dokter naar zijn/haar longen wil luisteren met de stethoscoop, worstelt uw zoon/dochter zich los en gaat aan de andere kant van de spreekkamer staan. Hij/zij lijkt bang te zijn. U wilt uw zoon/dochter rustig krijgen zodat de dokter hem/haar goed kan onderzoeken.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat uw zoon/dochter rustig wordt?

8. Uw zoon/dochter komt huilend en verdrietig thuis. Met moeite kan hij/zij u vertellen dat hij/zij zijn/haar knuffel kwijt is. U wilt graag dat uw zoon/dochter zich weer prettig gaat voelen.

Vraag: Wat doet u om uw zoon/dochter zich weer prettig te laten voelen?

9. De nagels van uw zoon/dochter zijn lang. U wilt ze knippen. Wanneer u zijn/haar hand vastpakt begint uw zoon/dochter te huilen. Hij/zij is bang dat de schaar in zijn/haar vinger zal prikken. U wilt u zoon/dochter geruststellen, zodat hij/zij niet meer bang is.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat uw zoon/dochter niet meer bang is?

10. U bent met uw zoon/dochter op de buurtspeelplaats. Als uw zoon/dochter aan een buurmeisje vraagt of zij met hem/haar wil spelen, roept deze 'nee' en rent snel weg. Uw zoon/dochter staat er beteuterd bij en begint zachtjes te huilen. U wilt graag dat uw zoon/dochter zich weer prettig voelt.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat uw zoon/dochter zich weer prettig voelt?

Situaties mbt disciplineren

11. Uw zoon/dochter is in de huiskamer aan het spelen. Hij/zij maakt daarbij veel rommel. Wanneer het tijd wordt om te gaan eten wilt u graag dat uw zoon/dochter alle speelgoed weer netjes opruimt. Hij/zij doet echter net of hij/zij u niet hoort, terwijl u het al drie keer gevraagd heeft, en hij/zij loopt de kamer uit. U wilt dat uw zoon/dochter de boel opgeruimd heeft voor het eten.

Vraag: Hoe pakt u het aan om uw zoon/dochter het speelgoed op te laten ruimen?

12. Het is bedtijd. U brengt uw zoon/dochter naar bed en gaat weer naar beneden. Net wanneer u wilt gaan zitten begint uw zoon/dochter te roepen en aandacht te trekken. Hij/zij heeft geen zin om te gaan slapen, hij/zij wil met zijn/haar nieuwe poppenhuis spelen. U wilt dat uw

zoon/dochter rustig in bed gaat liggen, omdat uw favoriete tv programma over een paar minuten gaat beginnen.

Vraag: Hoe pakt u het aan om uw zoon/dochter rustig in zijn/haar bedje te laten liggen?

13. Uw zoon/dochter zit aan tafel te kleuren. U laat hem/haar eventjes alleen omdat er aan de deur gebeld wordt. Wanneer u de kamer weer inloopt ziet u dat uw zoon/dochter met een krijtje op de muur aan het tekenen is. U wilt uw zoon/dochter duidelijk maken dat dit echt niet de bedoeling is, zodat hij/zij het niet nog een keer zal doen.

Vraag: Wat doet u om uw zoon/dochter duidelijk te maken dat hij/zij niet meer op de muur mag tekenen?

14. U bent met uw zoon/dochter in de supermarkt om nog snel wat voor het avondeten te halen. Bij de snoepafdeling blijft uw zoon/dochter staan en vraagt om lollies. U zegt nee, maar uw zoon/dochter blijft er maar over doorzeuren. Hij/zij begint steeds harder te praten en wordt er zelfs boos om dat hij/zij geen lollies krijgt. U wilt dat uw zoon/dochter zich netjes gedraagt in de winkel.

Vraag: Wat doet u zodat uw zoon/dochter zich netjes gedraagt?

15. Het is zaterdagochtend. Elke keer als u probeert om even rustig te zitten of de krant te lezen wordt u daarin gestoord door uw zoon/dochter. Hij/zij verzint iedere keer wel iets waarmee hij/zij uw aandacht vraagt. U wilt graag dat uw zoon/dochter even rustig gaat spelen.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat uw zoon/dochter rustig gaat spelen?

16. Het is bedtijd. Voordat u uw zoon/dochter naar bed brengt wilt u eerst nog zijn/haar tanden poetsen. Uw zoon/dochter wil dit niet. Hij/zij houdt zijn/haar kiezen stijf op elkaar geklemd. U wilt dat zijn/haar tanden gepoetst zijn voordat hij/zij in bed kruipt.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat u de tanden van uw zoon/dochter kunt poetsen?

17. U helpt uw zoon/dochter met aankleden. Daarna wilt u samen met hem/haar boodschappen doen. Uw zoon/dochter is erg druk en heeft geen zin om mee te werken. Elke keer wanneer u probeert zijn/haar sok of broek aan te trekken duikt hij/zij weg en rent naar een andere kamer. U wilt dat hij/zij rustig wordt, zodat u hem/haar in de kleding kan helpen.

Vraag: Wat doet u om ervoor te zorgen dat uw zoon/dochter weer rustig wordt?

18. Het is winter en het vriest. U bent met uw zoon/dochter op weg naar het winkelcentrum. Elke keer trekt uw zoon/dochter zijn/haar sjaal en muts af. Hij/zij vindt het vervelend zitten. U wilt dat uw zoon/dochter sjaal en muts ophoudt, omdat u bang bent dat hij/zij anders ziek zal worden.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat uw zoon/dochter zijn/haar sjaal en muts ophoudt?

19. Uw zoon/dochter heeft buiten in de tuin gespeeld. Zijn/haar handen zitten onder het zand. U vraagt uw zoon/dochter zijn/haar handen te wassen, voordat hij/ijje gaat eten. Hij/zij wil dit niet en begint te schoppen en te schreeuwen. U wilt uw zoon/dochter alleen met gewassen handen aan tafel hebben.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat uw zoon/dochter met schone handen aan tafel komt?

20. U zit met het hele gezin aan tafel. Vandaag eet u macaroni. Iedereen zit lekker te eten als uw zoon/dochter roept ' Ik lust dit niet, ik wil pannenkoeken' . Hij/zij schuift zijn/haar bord aan de kant. U wilt geen strijd aan tafel.

Vraag: Hoe pakt u het aan zodat er geen strijd aan tafel komt?